

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

MAIRLA SOUZA CAVALCANTE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DETECÇÃO, MANEJO E CONSCIENTIZAÇÃO
QUANTO AS GESTAÇÕES DE ALTO RISCO NA COMUNIDADE PREÁ, CIDADE
CRUZ, CEARÁ**

FORTALEZA

2018

MAIRLA SOUZA CAVALCANTE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DETECÇÃO, MANEJO E CONSCIENTIZAÇÃO
QUANTO AS GESTAÇÕES DE ALTO RISCO NA COMUNIDADE PREÁ, CIDADE
CRUZ, CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (UNASUS) -
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Me. Lidiane Nogueira Rebouças

FORTALEZA

2018

Espaço destinado a incluir Ficha Catalográfica.

Solicitação deverá ser feita apenas após a defesa de TCC

MAIRLA SOUZA CAVALCANTE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DETECÇÃO, MANEJO E CONSCIENTIZAÇÃO
QUANTO AS GESTAÇÕES DE ALTO RISCO NA COMUNIDADE PREÁ, CIDADE
CRUZ, CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (UNASUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Me. Lidiane Nogueira Rebouças
Universidade Federal do Ceará

Profº., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Profº., titulação (Dr/Me/Esp), nome.
Instituição

RESUMO

O pré-natal de alto risco é o acompanhamento das gestantes portadoras de alguma doença ou que desenvolveram após engravidar (de 15 a 20%), e apresentam maiores chances de risco de morte e complicações do binômio materno-fetal. Uma dessas complicações é a hipertensão gestacional que ocorre depois da 20ª semana, e o diabetes-que costuma aparecer depois da 26ª semana. Dados do Ministério da Saúde apontam que, nos últimos dez anos, houve um aumento de 27% no número de nascimentos prematuros no Brasil. Objetiva-se um plano de intervenção para prevenção ou detecção precocemente de gestantes na condição de alto risco proporcionando manejo adequado no povoado Preá, município de Cruz/CE. Nesta localidade, a quantidade de gestantes cadastradas é superior ao esperado pelo Ministério da Saúde – 14,16 para 1000 pessoas em 2015: média de 80 gestantes para 3910 habitantes – população estimada através dos dados fornecidos pelo IBGE – o que perfaz 20,46 gestantes para 100 habitantes. Neste contexto tem se demonstrado grande porcentagem de gestações de alto risco. Para este projeto foi realizada revisão de literatura com os descritores (gestação, alto risco, hipertensão gestacional, diabetes gestacional). Esse fato se deu com o objetivo de embasar as ações desejadas por meio dos banco de dados: SciELO, LILACS, BVS Brasil, BVS Latinoamerica, através da seleção de artigos sobre o referido tema, publicados entre os anos de 2015 aos presentes dias. Na elaboração do plano, foi adotado o método do Planejamento Estratégico Situacional, com proposição para atuar diretamente sobre os nós críticos detectados. Diante dos fatos, constatou-se, que é essencial criar um planejamento local que valorize as peculiaridades da população e que aborde tanto a detecção quanto a prevenção de possíveis fatores de risco para a gestação. Além disso, o planejamento familiar se demonstrou aspecto essencial apesar de pouco estruturado.

Palavras-chave: Gestação. Alto risco. Atenção Básica.

RESUMEN/ABSTRACT

High-risk prenatal care is the follow-up of pregnant women who have a disease or who develop it after pregnancy (15 to 20%), and demonstrate a higher risk of death and complications of the maternal-fetal binomial. One of these complications is gestational hypertension that occurs after the 20th week, and diabetes that usually appears after the 26th week. Data from the Ministry of Health indicate that, in the last ten years, there has been a 27% increase in the number of premature births in Brazil. An intervention plan for the prevention or early detection of pregnant women in the high-risk condition is aimed at providing adequate management in the town of Preá, city of Cruz / CE. In this locality, the number of pregnant women registered is higher than expected by the Ministry of Health - 14.16 for 1000 people in 2015: an average of 80 pregnant women for 3910 inhabitants - a population estimated through data provided by IBGE - which makes up 20.46 pregnant women for 100 inhabitants. In this context, a high percentage of high-risk pregnancies has been demonstrated. For this project a literature review was carried out with the descriptors (gestation, high risk, gestational hypertension, gestational diabetes). This was done with the aim of supporting the desired actions through the databases: SciELO, LILACS, BVS Brasil, BVS Latinoamerica, through the selection of articles on this topic, published between 2015 and present days. In the elaboration of the plan, the Strategic Situational Planning method was adopted, with a proposal to act directly on the detected critical nodes. Faced with the facts, it was found that it is essential to create local planning that values the peculiarities of the population and that addresses both the detection and prevention of possible risk factors for gestation. In addition, family planning has been shown to be essential although poorly structured.

Keywords ou Palavras clave: Gestation. High risk. Basic Attention.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	PROBLEMA.....	9
3	JUSTIFICATIVA.....	10
4	OBJETIVOS.....	12
4.1	OBJETIVO GERAL.....	12
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
6	METODOLOGIA.....	16
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	30
8	CRONOGRAMA.....	32
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	33
10	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal é uma prioridade para o Ministério da Saúde, que enfatiza como primordial o bom atendimento às gestantes. Há evidências científicas de que a mortalidade materna e perinatal é influenciada pelas condições de vida e qualidade da assistência obstétrica. Esta associação entre a qualidade da assistência pré-natal e os indicadores de saúde da mulher é mais evidente quando se constata que 529.000 mulheres morrem por ano por causas relacionadas com a maternidade em países em desenvolvimento, com 80% dos casos devidos a causas obstétricas diretas; e que, para cada óbito, muitas outras sofrem enfermidades incapacitantes, de alguma forma, em sua vida produtiva e responsabilidades. Além, observa-se que quase quatro milhões de recém nascidos morrem antes de completarem um mês de vida por complicações como prematuridade, baixo peso ao nascer e malformações congênitas.

Os extremos de idade materna (menor de 19, especialmente abaixo de 15 e acima de 35 anos) têm sido tradicionalmente relacionados a maior risco de mortalidade infantil pela associação com prematuridade e baixo peso ao nascer. No Brasil a proporção de mães adolescentes (10-19 anos) passou de 23,0% em 1996 para 21,6% em 2005, desde quando mantém índices em platô; tampouco houve mudança importante na proporção de mães com filhos na faixa etária entre 10 e 14 anos, que se manteve em torno de 0,9%, variando entre 1,5% na região Norte e 0,6% no Sudeste. Entretanto, entre 15 e 17 anos verificou-se aumento - de 6,9% em 1996 para 7,6% em 2006 - maior nas regiões Nordeste e Norte (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2007).

Por outro lado, detecta-se também aumento da proporção de mães com mais de 35 anos no país, que representaram 8,2% em 1996 e 9,2% dos nascimentos em 2005, com maior proporção nas regiões Sul e Sudeste. Tal tendência tem se mantido em crescimento, reflexo de maior acesso ao planejamento familiar e conscientização de sua possibilidade e importância para outros aspectos da vida, tais como progressão no mercado de trabalho (FRANÇA, 2016).

A comunidade da localidade Preá, inicialmente de pescadores e agricultores, atualmente se destaca pelo turismo e pela força de trabalho para tal seguimento. Fração importante da população se desloca pendularmente para Jericoacoara, pela proximidade e oportunidades de emprego. Ademais, a conurbação com regiões de Acaraú, outro município com comunidades igualmente carentes, perfaz um público de demanda dinâmica, influenciado pela disponibilidade de atendimento em regiões próximas. A presença de áreas de turismo internacional, a procura por custo de vida mais ameno, a faixa etária média da população, a

aderência às informações e os anseios pessoais tem se demonstrado importantes influenciadores da natalidade local.

Abaixo seguem os critérios formais para inserção em programas de pré-natal de alto risco, mediante as causas explanadas:

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) (Brasil, 2016):

- hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional e hipertensão gestacional);
- diagnóstico de diabetes mellitus (antes da gestação ou com 2 glicemias de jejum > 126 mg/dl);
- diabetes gestacional;
- ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas;
- gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias;
- hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade;
- hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias);
- hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia;
- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); ou hipotireoidea usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina diária;
- perda espontânea e consecutiva de 3 ou mais gestações antes das 20ª semana com < 35 anos;
- perda espontânea e consecutiva de 2 ou mais gestações antes das 20ª semana com > 35 anos;
- presença de comorbidades que aumentam o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de síndrome antifosfolípico;
- história prévia de incompetência istmo-cervical (dilatação cervical indolor no segundo trimestre seguida de expulsão de feto imaturo);
- suspeita atual de incompetência istmo-cervical (comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 2,5 cm em mulher com história de parto prematuro prévio ou menor que 2,0 cm em mulher sem história de parto prematuro prévio);
- hepatite viral aguda ou crônica por vírus C;
- hepatite viral crônica por vírus B.;
- diagnóstico de HIV /AIDS (acompanhando junto com a referência para HIV);
- suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional;

- gestante com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal)/verrugas virais refratárias ao tratamento com ácido tricloroacético (ATA) por 3 meses;
- gestante com sífilis resistente (títulos de VDRL aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina);
- achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;
- oligodrâmnio (ILA < 8 cm junto com crescimento intrauterino restrito ou bolsão < 2 cm);
- polidrâmnio consequente à anomalia fetal;
- polidrâmnio grave (ILA > 35 cm ou bolsão > 16 cm) ou sintomático (dor, dispneia) se necessário após avaliação em serviço de emergência obstétrica;
- placenta prévia oclusiva total, independente da idade gestacional;
- placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada com mais de 28 semanas de gestação;
- acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia);
- inserção velamentosa do cordão;
- crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional);
- gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior;
- gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título;
- gestante com Rh negativo e feto com achados ecográficos de anemia;
- gemelaridade;
- suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível;
- infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves;
- pneumopatias graves;
- nefropatias graves (doença renal crônica, glomerulonefrite, etc);
- doenças hematológicas (trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, etc);
- doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia, etc);
- doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípídeo, outras collagenoses);
- deformidade esquelética materna grave;
- desnutrição ou obesidade mórbida;
- diagnóstico de neoplasia maligna atual (exceção de neoplasia de pele não melanoma);
- suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau);
- tromboembolismo venoso prévio;

- história de óbito fetal no 3º trimestre;
- mau antecedente obstétrico (síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação);
- acretismo placentário em gestação anterior;
- história de parto prematuro com menos de 34 semanas;
- cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.

Vale destacar que considera-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) gestacional com gestantes apresentando pressão arterial sistólica > 140 mmHg ou pressão arterial diastólica > 90 mmHg medida de maneira adequada e diabetes gestacional. Tal diagnóstico é mais difícil de ser realizado em mulheres hipertensas sem diagnóstico prévio, pela presença do descenso fisiológico da pressão na primeira metade da gestação (BRASIL 2012; JORGE, 2015; BRASIL, 2017; LIMA, 2017).

Importante ressaltar também o papel da saúde mental no complexo mãe-bebê e suas consequências para o andamento posterior, sendo a depressão pós parto a condição com aumento de incidência e passível de graves sequelas. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria são importantes, dentre as quais as principais são condições psiquiátricas graves que necessitem acompanhamento com especialista (psicose, depressão grave, transtorno de humor bipolar, etc (ALVES, 2015; ALMEIDA, 2016; ARRAIS, 2016).

2 PROBLEMA

No estado do Ceará há uma taxa de natalidade superior perante a média nacional (14,60 *versus* 13,59); levando-se em consideração a presença de atuais 84 gestantes para uma população estimada de 3190 habitantes, conclui-se índice maior ainda na comunidade assistida pela unidade básica de saúde abordada neste trabalho.

Dentre estas, a proporção de gestações de alto risco mantém a tendência de elevação, com consequentes maiores riscos de complicações maternas e fetais; estas são, por sua vez, em grande maioria evitáveis, tais como crescimento restrito intra-uterino por uso de drogas ou desordens metabólicas (diabetes gestacional, por exemplo). Ademais dos processos biológicos, a desigualdade econômica e social brasileira se reflete no diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, com concentração de prejuízos nos grupos sociais de baixa renda, sendo estes um numerador considerável nas gestantes da unidade referida.

Devemos estar cientes de que a assistência pré-natal, mesmo disponível, não tem sido suficiente para superar os efeitos de anos de adversidade devido à condição precária da saúde da mulher antes da gestação. Neste caso, o stress crônico pela situação de pobreza, discriminação social e racial - teoria do “weathering” ou “desgaste” - interferiria em aspectos orgânicos como pressão arterial, função imunológica, aumento da susceptibilidade à infecções e na liberação do hormônio corticotrópico (cortisol). Todos estes fatores estão relacionados com piores resultados perinatais, como prematuridade e suas complicações, primeira causa de mortalidade infantil nos países desenvolvidos e principal desafio para redução nos em desenvolvimento.

Diante do problema identificado e priorizado, a equipe definiu ser importante elaborar um projeto de intervenção no sentido captar as grávidas mais precocemente possíveis, com a finalidade de aumentar a adesão das mesmas ao pré-natal, detectar precocemente as que necessitam de acompanhamento em serviço de alto risco e manter comunicação e fluxo de informações.

Assim tem-se como problema: Que estratégias são necessárias para prevenir ou detectar precocemente gestantes na condição de alto risco proporcionando manejo adequado no povoado Preá, no município de Cruz/CE?

3 JUSTIFICATIVA

O debate acerca da saúde materna e de recém-nascidos tem destaque nas últimas décadas no contexto da saúde da mulher, especialmente nas discussões voltadas para o estudo da mortalidade e morbidade materno-fetal, pelo fato destas refletirem as iniquidades às quais estão expostas. Assim como para a saúde infantil, as iniquidades relacionadas à saúde materna podem ser percebidas desde a análise das questões socioeconômicas, passando pelas discussões de gênero, raça, até ao acesso aos serviços de saúde. Os lapsos em: educação; apoio social e familiar; recursos; cuidado no pré-natal e o viver em áreas de privação social são grandes contribuintes de maiores ocorrências de morbidade e mortalidade maternas grave (mesmo em regiões desenvolvidas, onde a despeito do decréscimo da ocorrência de mortalidade materna, ainda perduram iniquidades na saúde da mulher).

A atenção pré-natal é uma prioridade para o Ministério da Saúde, que enfatiza como primordial o bom atendimento às gestantes. Há evidências científicas de que a mortalidade materna e perinatal são influenciadas pela qualidade da assistência obstétrica, além das condições da vida.

A gestação de alto risco é aquela em que há comorbidade materna e/ou condição sociobiológica que aumentam o risco de intercorrência na evolução natural da gravidez; logo, a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de ser ameaçada do que na média da população considerada. Dentre as doenças ou condições sociobiológicas possíveis causadoras destacam-se hipertensão arterial, diabetes, etilismo, obesidade, idade e adicção de drogas, onde as síndromes hipertensivas são das primeiras causas de morbidade materna grave. As condições citadas tem se demonstrado frequentes, associadas e com número acima do esperado na população da localidade assistida pela autora. Diante do fato de que ainda é elevado número de gestações de alto risco, torna-se de suma importância a identificação dos fatores que levam à complicação de uma gravidez, a fim de verificar as possíveis medidas a serem adotadas para prevenção das complicações.

A identificação de fatores de risco pode auxiliar no planejamento de ações que forneçam escopo para a rede perinatal, reestruturação e qualificação de cuidados pré-natais para: gravidezes de alto risco, parto e cuidados do recém-nascido.

Os fatores maternos e/ou relacionados à gravidez representam um grupo importante de causas de óbito nos países em desenvolvimento, principalmente após investigação dos óbitos registrados. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez,

parto e puerpério são evitáveis; para a prevenção destas é de suma importância a participação do sistema de saúde.

Países desenvolvidos têm taxa de mortalidade materna de cerca de 12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, e os países em desenvolvimento, 239 destes óbitos. Considera-se razoável até 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2017, o Brasil registrou 62.464 casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias depois; no mesmo ano foram 4524 óbitos neonatais por causas evitáveis. Tal estatística denota a necessidade de intervenções preventivas permanentes, e de detecção rápida quando fatores de risco já existirem (MARTINS, 2018).

A concentração das mortes infantis na primeira semana de vida verificada no Brasil na última década demonstra a estreita relação da morte neonatal com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o pré-parto, parto e atendimento imediato no nascimento e na unidade neonatal; portanto, denota-se a importância de se considerarem ações dirigidas à melhoria da assistência como primordiais na prevenção de agravos (FRANÇA, 2016; HIDALGO, 2017).

Diante dos problemas identificados e priorizados os mais urgentes, a autora definiu ser importante elaborar um projeto de intervenção no sentido de desemaranhar os nós críticos observados: hábitos e estilo de vida, nível de informação deficiente, processo de trabalho da equipe de saúde e parcerias.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar um plano de intervenção para prevenção ou detecção precoce de gestantes na condição de alto risco proporcionando manejo adequado, no povoado Preá, município de Cruz, Ceará.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os problemas prioritários por meio de atribuição de valores e pontuação, seguindo estimativas do IBGE e da observação dos profissionais da equipe;
- Definir processos de acompanhamento em saúde reprodutiva com ênfase na gravidez de risco;
- Selecionar, dentre os problemas prioritários, as causas mais importantes para definição de estratégias de enfrentamento à problemática;
- Definir estratégias para sensibilização e conscientização das mulheres do território quanto a gestação de alto risco;
- Realizar capacitação com agentes comunitários de saúde para identificação precoce das mulheres em idade fértil com predisposição à gestação de alto risco;
- Proporcionar planejamento familiar e, com isso, melhores condições para as gestações seguirem bem;
- Detectar precocemente gestações de alto risco e conduzir juntamente com a referência em obstetrícia regional;
- Buscar parcerias na sociedade em prol de proporcionar recursos para diminuição de tais índices.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O debate acerca da saúde materno fetal tem destaque nas últimas décadas no contexto da saúde da mulher, especialmente nas discussões voltadas para o estudo da mortalidade e morbidade, pelo fato destas refletirem as iniquidades às quais estão expostas. Assim como para a saúde infantil, as iniquidades relacionadas à saúde materna podem ser percebidas desde a análise das questões socioeconômicas, passando pelas discussões de gênero, raça, até ao acesso aos serviços de saúde. Os lapsos em: educação; apoio social e familiar; recursos; cuidado no pré-natal e o viver em áreas de privação social são grandes contribuintes de maiores ocorrências de morbidade e mortalidade grave maternas (mesmo em regiões desenvolvidas, onde a despeito do decréscimo da ocorrência de mortalidade materna, ainda perduram iniquidades na saúde da mulher) (FRANÇA, 2016).

A gestação de alto risco é aquela em que há comorbidade materna e/ou condição sociobiológica que aumentam o risco de intercorrência na evolução natural da gravidez; logo, a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de ser ameaçada do que na média da população considerada. Dentre as doenças ou condições sociobiológicas possíveis causadoras destacam-se hipertensão arterial, diabetes, etilismo, obesidade, idade e adicção de drogas, onde as síndromes hipertensivas são das primeiras causas de morbidade materna grave (DEMITTO, 2017).

A identificação de fatores de risco pode auxiliar no planejamento de ações que forneçam escopo para a rede perinatal, reestruturação e qualificação de cuidados pré-natais para: gravidezes de alto risco, parto e cuidados do recém-nascido (PIEDRA, 2017).

Os fatores maternos e/ou relacionados à gravidez representam um grupo importante de causas de óbito nos países em desenvolvimento, principalmente após investigação dos óbitos registrados. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são evitáveis; para a prevenção destas é de suma importância a participação do sistema de saúde (LIMA, 2017).

Países desenvolvidos têm taxa de mortalidade materna de cerca de 12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, e os países em desenvolvimento, 239 destes óbitos. Considera-se razoável até 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2017, o Brasil registrou 62.464 casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias depois; no mesmo ano foram 4524 óbitos neonatais por causas evitáveis

(MARTINS, 2018). Tal estatística denota a necessidade de intervenções preventivas permanentes, e de detecção rápida quando fatores de risco já existirem.

A concentração das mortes infantis na primeira semana de vida verificada no Brasil na última década demonstra a estreita relação da morte neonatal com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o pré-parto, parto e atendimento imediato no nascimento e na unidade neonatal; portanto, denota-se a importância de se considerarem ações dirigidas à melhoria da assistência como primordiais na prevenção de agravos (XAVIER, 2015; FRANÇA, 2016).

Os fatores maternos e/ou relacionados à gravidez representam um grupo importante de causas de óbito nos países em desenvolvimento, principalmente após investigação dos óbitos registrados. Nas grandes cidades brasileiras tem ocorrido recentemente menor redução do componente neonatal precoce que, paradoxalmente, é parcialmente explicada em função da melhoria do acesso e assistência de saúde, assim como do aumento da viabilidade fetal. (ALMEIDA, 2015; FRANÇA, 2016; LANSKY, 2017)

A desigualdade econômica e social brasileira se reflete no diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, com concentração dos óbitos nos grupos sociais de baixa renda (LOUREIRO, 2017).

Por outro lado, a assistência de saúde reprodutiva durante os poucos meses da gravidez não tem sido suficiente para superar os efeitos de anos de adversidade devido à anterior condição precária da saúde da mulher. Neste caso, o stress crônico pela situação de pobreza, discriminação social e racial - teoria do “weathering” ou “desgaste” - interferiria em aspectos orgânicos como pressão arterial, função imunológica, aumento da susceptibilidade à infecções e na liberação do hormônio corticotrópico (cortisol). Todos estes fatores estão relacionados com piores resultados perinatais, como prematuridade e suas complicações, primeira causa de mortalidade infantil nos países desenvolvidos e principal desafio para redução nos em desenvolvimento (ALVES, 2015; ARAUJO, 2017; FOROUZANFAR, 2015; JORGE, 2015).

Portanto, maior atenção deve ser dirigida à condição de saúde geral da mulher, compreendida de maneira mais abrangente no seu bem estar ao longo da vida e não apenas na gravidez. Além da assistência pré-natal e hospitalar à mulher e ao recém-nascido, que são as principais variáveis relativas aos serviços de saúde, algumas características maternas têm sido tradicionalmente relacionadas à morbimortalidade neonatal, como idade materna, estado civil, uso de drogas lícitas ou não, nível de instrução e patologias maternas prévias (JORGE, 2015; LOUREIRO, 2017; MARTINS, 2018).

A problemática de não retornarem à consulta de puerpério e a falta de seguimento da saúde reprodutiva corroboram com a reincidência de posteriores estados de alto risco. Este frequente hiato tem sido relatado como consequente, principalmente, dos poucos recursos disponíveis mesmo durante o pré-natal; a assistência fica comumente restrita à consulta médica com destaque para inexistência de ações de outros profissionais e ausência de trabalho interdisciplinar; por exemplo, é conhecida a importância de se realizar o acompanhamento odontológico da gestante durante todo o pré-natal, porém este se demonstra infrequente, com difícil inserção de hábitos saudáveis tanto na vida da gestante como da criança que está para nascer (ALVES, 2015; ALMEIDA, 2016; ARRAIS, 2016; FRANÇA, 2016; BRAGA, 2017).

Além da necessidade de avaliação e acompanhamento em serviço de atenção especializada, urge a necessidade de comunicação fluida e retroalimentação dos processos. É consagrada a constatação de que identificar padrões e determinantes das vias que as gestantes seguem desde o início do pré-natal até chegarem a um serviço de saúde adequado para o parto são a mais eficaz via de rastreio de complicações (JORGE, 2015; FEITOZA, 2016; GONZÁLEZ, 2016; DEMITTO, 2017; HIDALGO-LOPEZOSA, 2017).

Novas descobertas indicam que os resultados são melhores quando não há uma instalação disponível do que quando a mulher acessa uma instituição que não funciona, e a ausência de um profissional de saúde é melhor do que a presença de um provedor não competente. Ter como única opção usar serviços de saúde que não funcionam ou funcionam parcialmente coloca a mulher em maior risco de morbidade. Instalações não funcionais e provedores não-competentes provavelmente contribuirão para a morte de mulheres (SINGH, 2016; TEIXEIRA, 2016; MS, 2017; MARTINS, 2018; SARAIVA, 2018).

Os problemas identificados como encaminhamentos de centros de saúde de comunidades consideradas de periferia de grandes centros comumente incluem: baixas habilidades e confiança dos funcionários; relutância em alterar o curso do parto, quando há sangramento; confusão sobre os critérios clínicos de encaminhamento; padrões não uniformes de atendimento nas instituições de referência; tendência a contornar os percalços de nível médio de complicação; falta de comunicação e supervisão de encaminhamento e pouca adesão a protocolos. Isto, combinado com fluxo de informações inadequado e baixa adesão, provavelmente contribuirá para as lacunas e atrasos na prestação de cuidados obstétricos (SINGH, 2016).

6 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção voltado para a população de mulheres em idade fértil. Para tanto foram feitas buscas de estudos em diversas bases de dados, com leitura e apreciação, durante os meses de janeiro a junho de 2018; utilizando-se os descritores “gestação”, “alto risco”, “hipertensão gestacional”, “diabetes gestacional”; em que foram selecionados artigos pertencentes aos idiomas português, espanhol e inglês; nos banco de dados SciELO, LILACS, BVS Brasil, BVS Latinoamerica; com publicação sobre o referido tema, de do ano de 2015 aos presentes dias. Constituíram critérios de exclusão: cartas ao editor, relatos de casos, editoriais, artigos em duplicidade. Foi possível embasar as ações desejadas através de elaboração da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e da busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; seleção dos aspectos críticos da população estudada em paralelo com os estudos de referência; montagem do Plano de Intervenção de acordo com o panorama; aplicação do mesmo e reavaliação periódica desde o início do processo aos resultados.

Foi elaborado um plano de ação abordando rastreamento de gestações de alto risco, a ser implantado pela equipe da Unidade de Saúde da Família Francisco Dias dos Santos (UBSFFDS) do povoado Preá, município de Cruz, com base no modelo proposto pelos autores: Francisco Carlos Cardoso de Campos, Horácio Pereira de Faria e Max André dos Santos. Nescon – MG (CAMPOS, 2010).

Inicialmente foi feito diagnóstico situacional para estimar os problemas de saúde das gestantes do povoado Preá através de visitas domiciliares, atendimentos na unidade, grupos de cuidado programado, reuniões e palestras em Sala de Espera. Foram elencados os principais prós e contras para o desenrolar de uma gestação saudável.

Foi necessário rever prontuários e relatórios mensais de acompanhamento dos atendimentos na unidade para chegarmos aos números precisos, o que evidenciou ainda mais a urgência do tema.

Primeiro passo: definição de problemas

Identificar os problemas de saúde da área de abrangência voltados para a referida temática, recolher informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema.

Segundo passo: priorização de problemas

Serão selecionados os problemas a serem enfrentados, construindo uma planilha em que os mesmos serão analisados quanto à prioridade, segundo os critérios mencionados:

- Atribuir valor “alto”, “médio” ou “baixo” para a importância do problema; Distribuir pontos de zero a dez, conforme sua urgência;
- Definir se a solução do problema está “inclusa”, “exclusa” ou “parcialmente dentro” da capacidade de enfrentamento da equipe da UBSF;
- Enumerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Caracterizar o problema: conhecer sua dimensão e como ele se apresenta, útil para organização da agenda da equipe e monitoramento e avaliação da eficácia e eficiência das ações.

Quarto passo: explicação do problema

Entender a origem do problema a partir da identificação das causas.

Quinto passo: seleção de nós críticos

Análise para identificar causas consideradas mais importantes ou urgentes na raiz do problema, as que precisam ser enfrentadas mais brevemente (“nós críticos”).

Sexto passo: desenho das operações

Serão identificadas as possíveis soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, bem como produtos e resultados esperados, que auxiliam no monitoramento do plano de ação.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Serão identificados os recursos necessários para a execução das ações que não estejam disponíveis.

Oitavo passo – Análise da viabilidade do plano

São identificados os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir ações estratégicas.

Nono passo: elaboração do plano operativo

Serão designados os responsáveis por cada operação, definindo os prazos para a execução das ações.

Décimo passo: gestão do plano

Na última etapa, será elaborado um modelo de gestão do plano de ação, discutindo e definindo o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Esse sistema de gestão deve também garantir a utilização adequada dos recursos, além de promover a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano depende de como será feita sua gestão.

ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**Primeiro passo – Definição de problemas**

Os principais problemas relacionados à gestantes da UBSFFDS são:

- Altos índices de gestações de alto risco, por causas variadas;
- Considerável população de mulheres em idade fértil sem uso regular de métodos anticoncepcionais;
- Numerador expressivo em condições de risco socioeconômico – maior proporção dentre todos os grupos;
- Falta de adesão às informações repassadas pelos profissionais.

Segundo passo: priorização de problemas

Foi realizada a seleção dos problemas que serão enfrentados, construindo uma planilha quanto à prioridade, segundo os critérios mencionados:

- Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema; distribuindo pontos conforme sua urgência;
- Definindo se a solução do problema está “inclusa, exclusiva ou parcialmente” da capacidade de enfrentamento da equipe da UBSF;

- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

Quadro 1 - Planilha de Priorização de Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Altos índices de gestação	Alta	8	Incluso	1
Alta proporção de gestações de alto risco	Alta	8	Parcial	1
Falta de adesão às informações	Alta	8	Fora	1
Risco socioeconômico	Alta	8	Fora	2
Irregular uso de método anticoncepcional	Alta	8	Parcial	1

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Os problemas foram apresentados no quadro 2, em quantidade estimada média.

Quadro 2 - Descritores do problema “Altos índices de gestação de alto risco” – Dados de julho de 2018

Descritores	Quantidade	Fonte
Altos índices de gestação	74/3190	Estimativas seguindo IBGE
Alta proporção de gestações de alto risco	14/74	Estimativas seguindo IBGE
Falta de adesão às informações	Pelo menos metade da população	Estimativas seguindo OBSERVAÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Risco socioeconômico	Pelo menos metade da população	Estimativas seguindo OBSERVAÇÕES DOS PROFISSIONAIS
Irregular uso de método anticoncepcional	Pelo menos um quarto da população feminina em idade fértil	Estimativas seguindo OBSERVAÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Quarto passo: explicação do problema

Foi construída uma árvore explicativa acerca da saúde reprodutiva, as competências inseridas e o processo de acompanhamento para a gravidez e possíveis riscos associados, identificando as causas, consequências, possíveis influenciadores (figura 3).

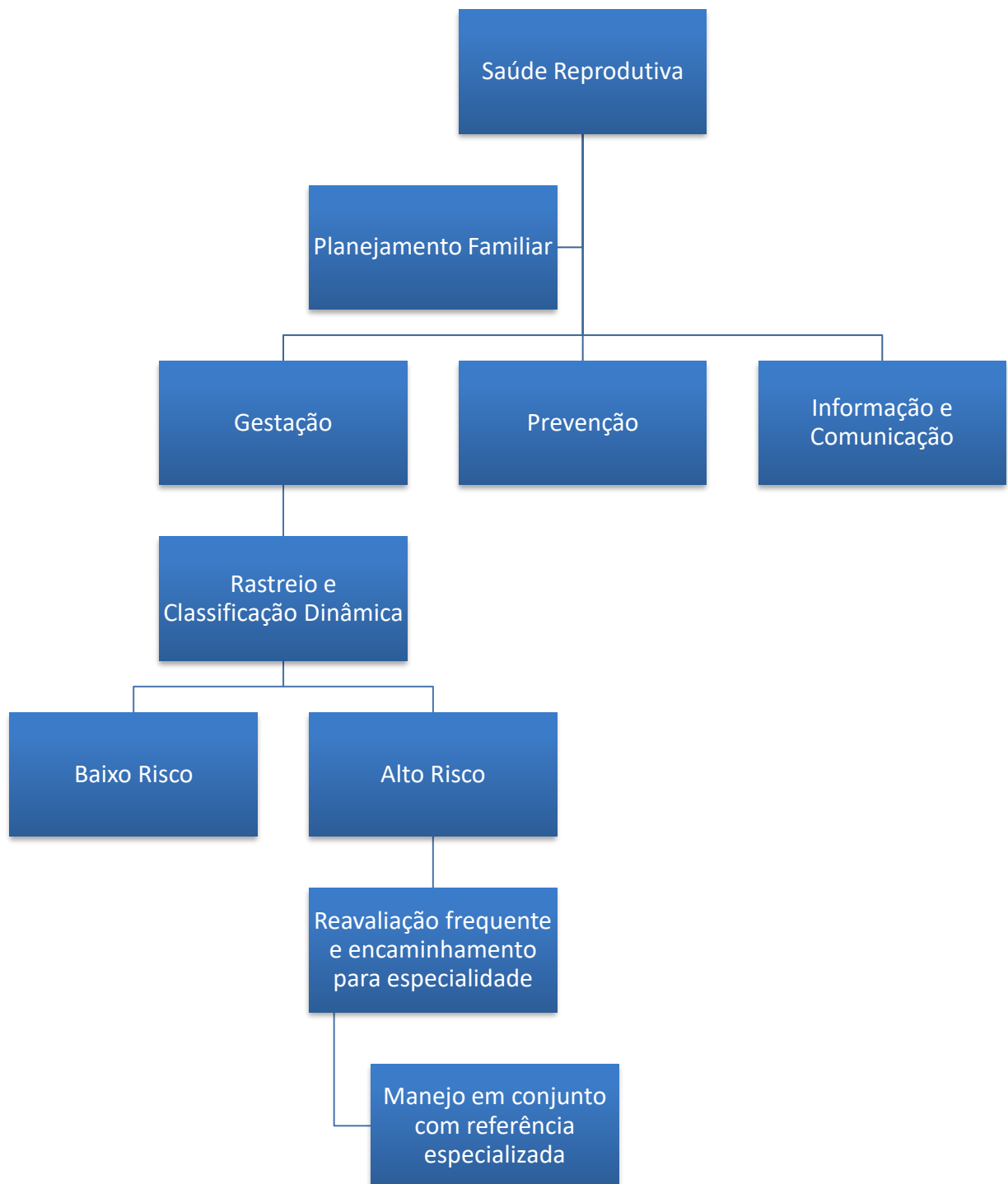


Figura 3: Árvore explicativa do problema "saúde reprodutiva, gravidez e alto risco". Elaborada pela autora.

Quinto passo – Seleção de nós críticos

Foram identificadas as causas consideradas mais importantes na origem dos altos índices de gestações de risco na área e que precisam ser manejadas:

- Processo de trabalho da equipe;
- Baixa escolaridade das gestantes;
- Planejamento familiar incipiente;
- Demora no reconhecimento de fatores de risco.

Sexto passo: desenho das operações

Foram identificadas as possíveis soluções e estratégias para o enfrentamento da problemática, bem como produtos e resultados esperados no auxílio do monitoramento do plano de ação.

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “alto índice de gestação de alto risco”

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Processo de trabalho da equipe	Gestão da demanda versus tempo; Organizar o processo de trabalho da equipe, após sucessivas reestruturações no quadro de Agentes Comunitários de Saúde.	Cobertura de 80% no programa de planejamento familiar.	Recursos humanos capacitados; Cadastro atualizado; Insumos (anticoncepcionais, DIUs, avaliação especializada em casos seletos, etc).	Cognitivo – informação sobre o tema, atualizações periódicas. Organizacionais – remanejamento na já preenchida agenda da equipe.

<p>Baixa escolaridade das gestantes</p>	<p>Mobilização intersetorial; Articular equipe multiprofissional</p>	<p>Aumentar o nível de instrução de gestantes e familiares.</p>	<p>Melhorar o esclarecimento por parte das gestantes e familiares.</p>	<p>Político – mobilização social e intersetorial com a rede de ensino;</p>
<p>Planejamento familiar incipiente</p>	<p>Planejando o futuro: Resgatar o programa de planejamento familiar.</p>	<p>Cobertura de 80% no programa de planejamento familiar.</p>	<p>Monitoramento do programa pelas equipes.</p>	<p>Financeiro - para aquisição de insumos gráficos e aquisição de medicamentos; Operacionais - organização da já disputada agenda; Políticos - aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p>
<p>Demora no reconhecimento de fatores de risco</p>	<p>Gestão da demanda versus tempo; Consultas compartilhadas entre enfermagem e medicina, para abordagem conjunta.</p>	<p>Classificação de todas as gestações acerca de possíveis riscos e encaminhamento para referência, quando necessário.</p>	<p>Recursos humanos capacitados; Cadastro atualizado; Insumos (exames complementares, avaliação especializada se necessário, etc); Absentéismo das pacientes, mesmo quando feita busca ativa.</p>	<p>Cognitivo – informação sobre o tema, atualizações periódicas; Organizacionais – resultados dos exames em tempo hábil; e comunicação eficaz com referência de</p>

				alta complexidade.
--	--	--	--	--------------------

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Foram identificados os recursos críticos necessários para a execução das ações indisponíveis.

Quadro 4 - Quadro de Recursos Críticos.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Trabalho sem risco	Cognitivo – informação sobre o tema, atualizações periódicas. Organizacionais – organização da agenda.
Mobilização intersetorial	Político – mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.
Planejando o futuro	Financeiros - para aquisição de insumos gráficos e, principalmente, de medicamentos. Organizacionais - organização da agenda. Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Reconhecer riscos	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacionais – articulação com a Secretaria de Saúde e demais órgãos responsáveis, para que haja resultados dos exames em tempo hábil; e comunicação eficaz com referência de alta complexidade.

Oitavo passo – Análise da viabilidade do plano

Foram identificados os atores que controlam os recursos críticos; analisado seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, serem definidas as ações estratégicas.

Quadro 5 - Quadro de Análise de Viabilidade das Equipes.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Operações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Trabalhar melhor	Cognitivo – informação sobre o tema, atualizações periódicas. Organizacionais – organização da agenda.	Profissionais da saúde Secretaria de saúde	Favorável Indiferente	Propor educação continuada disponibilizada pelo município e disponibilidade de tempo para reorganização.
Mobilização intersetorial.	Político – mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.	Direção escolar	Indiferente	

Planejando o futuro	Financeiros - para aquisição de insumos gráficos e medicamentos. Organizacionais - organização da agenda. Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.	Administração pública Profissionais da Saúde Secretaria de saúde	Indiferente Favorável Desfavorável	Apresentar o programa de planejamento familiar do Ministério da Saúde.
Reconhecer riscos	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas.	Profissionais da Saúde	Favorável	Propor educação continuada disponibilizada pelo município a

	Organizacionais – 1) articulação com órgãos responsáveis para que haja resultados dos exames em tempo hábil; e 2) comunicação eficaz com referência de alta complexidade.	Secretaria de saúde	1) Favorável 2) Indiferente	disponibilidade de ferramentas de comunicação com a referência que recebe as solicitações de avaliação e acompanhamento de gestações de alto risco.
--	---	---------------------	--------------------------------	---

Nono passo: elaboração do plano operativo

Foram designado os responsáveis por cada operação, definindo prazos para execução.

Quadro 6 - Plano Operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
Trabalhar melhor	Cobertura de 80% no programa de planejamento familiar.	Recursos humanos capacitados; Cadastro atualizado;	Agendamento de consultas; resgate de faltosas; busca por mulheres que necessitem quando procurarem acesso ao serviço, mesmo que por motivos outros.	Enfermeiros, Médica e Agentes Comunitários de Saúde da UBSFFDS.	Janeiro de 2018.
Mobilização intersetorial	Aumentar o nível de instrução entre	Melhorar o esclarecimento por parte das	Propor ações em conjunto, seguindo ditames	Equipe da UBSFFDS e	Janeiro de 2018 e contínuo

	gestantes e familiares	gestantes e familiares.	do Programa Saúde na Escola.	escolas da comunidade	
Planejando o futuro	Cobertura de 80% no programa de planejamento familiar.	Monitoramento do programa pela equipe.	Apresentar o programa de planejamento familiar do Ministério da Saúde.	Profissionais da UBSFFDS no geral.	Trimestral
Reconhecer riscos	Classificação de todas as gestações acerca de possíveis riscos e encaminhamento para referência, quando necessário.	Pré-natal com cobertura para as necessidades das gestantes em complexidade.	Avaliação conjunta enfermagem e medicina; estratificação de risco em todas as consultas; solicitação e checagem de exames em tempo oportuno; encaminhamento para especialista se necessário, tanto por enfermeiros como pela médica.	Enfermeiros e Médica da UBSFFDS.	Setembro de 2017 e contínuo

Décimo passo: gestão do plano

Foi elaborado um modelo de gestão do plano de ação, discutindo e definindo o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 7 - Planilha de Acompanhamento de Projeto.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Recursos humanos capacitados; Cadastro atualizado.	Enfermeiros, Médica e Agentes Comunitários de Saúde da UBSFFDS.	Janeiro de 2018	Não foi realizada capacitação dos profissionais; Cadastro atualizado em mais de 70%	Falta de tempo para que os profissionais fossem capacitados, independente dos mecanismos. Agentes de Saúde ainda em ambientação com as ferramentas atuais de cadastro, em especial após repetidas mudanças de funcionários.	Agosto de 2018
Mobilização intersetorial	Equipe da UBSFFDS e escolas da comunidade.	Janeiro de 2018 e contínuo	Há um trabalho de acordo com as diretrizes do Programa Saúde na Escola, apenas pontual.	Falta de tempo para que os profissionais possam planejar ações contínuas e praticá-las.	Agosto de 2018
Planejando o futuro	Profissionais da UBSFFDS no geral.	Trimestral	Foi realizado até março de 2018, quando iniciou desabastecimento geral de medicamentos, inclusive anticoncepcionais.	Aguarda retorno dos insumos.	Março de 2012

Reconhecer riscos	Enfermeiros e Médica da UBSFFDS.	Setembro de 2017 e contínuo	É realizada consulta compartilhada pelo menos em 2 momentos da gestação; parecer médico todas as vezes que necessário, mesmo utilizando telemedicina. A demora no fluxo de exames e a inexistência de comunicação com a referência permanecem, a despeito dos esforços contínuos.	Esforço conjunto diário da equipe. Não há verba suficiente para acelerar os exames; tampouco respostas aos questionamentos feitos nas referências. Além, o município não reconhece como necessidade uma possível mudança no fluxo de encaminhamento especializado.	Revisto semanalmente
-------------------	----------------------------------	-----------------------------	---	---	----------------------

Matriz de Intervenção AMQ

SITUAÇÃO			DESCRIÇÃO DO RESULTADO ALCANÇADO APÓS PRAZO PREVISTO PARA EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO
NI	AND	CONC	
	X		O pré-natal tem sido reavaliado continuamente, com foco em classificação e manejo precoces das gestações de alto risco, além das ações educativas para prevenção do aumento desta casuística. É entendido que seja abordagem contínua, por se tratar o pré-natal de um período relativamente demorado e em franco aumento graças à configuração populacional da área.

Legenda: NI = não iniciada; AND = em andamento; CONC = concluída.

7 ANÁLISE DE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a avaliação inicial já se demonstra realçada a falta do planejamento familiar como um hábito comum na região. A distância da sede do município (40 quilômetros da entrada do povoado ao centro da cidade) e conseguinte aos meios de compra de anticoncepcionais, a cultura feudal de “mais braços, mais trabalho” e a percepção da feminilidade como exclusivamente atrelada ao papel de mãe, contribuem enormemente na manutenção do panorama atual.

Foram detectadas, também, várias morbidades com incidência constante na população, dentre elas a hipertensão arterial e o diabetes como principais influenciadores no risco cardiovascular; logo depois, as dislipidemias e o sedentarismo. Outro aspecto de destaque nas comorbidades cardiovasculares na população em geral é o hábito alimentar. Existe predileção histórica por alimentos com gordura animal aquecida e ricos em sal, além de ingesta hídrica inferior a 2 litros diários, dificultando sobremaneira o manejo de condições cardiovasculares.

Intencionava-se fazer palestras divididas por trimestres de gestação com todas as orientações de mudanças fisiológicas, alimentação e a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida com boa participação; incentivar o parto normal, pois a maioria das gestantes ainda ansiava por cesáreas, graças ao temor de complicações; frisar a importância do acompanhamento materno pós-parto, mantendo o elo de cuidado com a UBSF. Infelizmente a dinâmica de sobrecarga da equipe não trouxe compatibilidade para momentos com a médica em grupo, porém houve e há esforço diário para o repasse destas informações durante as consultas, visitas e demais processos terapêuticos.

A detecção de novas gestantes e cadastro atualizado demonstrou ser esforço constante da equipe. Este processo tem sido aperfeiçoado através de conhecimento de ferramentas digitais e frequentes buscas ativas no território, mesmo em regiões limítrofes com outras unidades de saúde – incluso de municípios vizinhos. É importante ressaltar a força-tarefa construída entre os profissionais para incentivar a manutenção no pré-natal, meta árdua em populações que desconhecem o poder do auto cuidado.

A fragilidade na adesão às informações fornecidas pela equipe de saúde tem sido devido, em parte, à pouca consciência sobre o impacto de fatores de risco em possíveis desfechos ruins para a mãe e o bebê. Este processo de conscientização e amadurecimento poderia ter sido aperfeiçoado com ações em conjunto, seguindo ditames do Programa Saúde na Escola e em ferramentas sociais avulsas, como associação de moradores. Contudo, as ações não puderam

contar com a médica e nem os demais profissionais conseguiram se deslocar para atividades educativas extra muros a contento da necessidade, realçando fortemente a necessidade de mais profissionais para a partilha de responsabilidades e ações.

A apresentação do planejamento familiar é atividade constante e sofreu prejuízos pelo desabastecimento de anticoncepcionais injetáveis por período maior que 60 dias; estes são considerados mais práticos e menos dispendiosos pela população feminina local, e por tal situação tem importante demanda – e sua lacuna já foi percebida com novas gestantes em apontamento. A comunicação da falta de verba para procedimentos eletivos como inserção de DIU e esterilização cirúrgica tem contribuído também para menor eficácia do programa.

As consultas de pré-natal se demonstraram mais eficazes no sentido de detectar possíveis complicações com a parceria enfermagem-médica. Padronizadas pelo menos 3 consultas partilhadas, uma em cada trimestre, com discussão do caso e análise do quadro geral. A detecção de possíveis fatores de complicação se demonstrou deveras precoce quando comparado ao período de 1 ano anterior (4 gestações com risco mensais *versus* 2 antes), também pela aceitação e estímulo de busca pela médica caso haja algum fator de dúvida durante a consulta de enfermagem. Este trabalho em conjunto e a disposição de colaboração de ambas as partes tem atribuído valor de eficácia e qualidade ao atendimento.

Solucionar os nós críticos observados (hábitos e estilo de vida, nível de informação deficiente e pouca adesão, processo de trabalho da equipe de saúde, detecção tardia de complicações) demonstrou tarefa possível, porém de necessidade de mudanças verticais na estrutura da prestação de saúde local; função a ser perpetuada e aperfeiçoada com o seguimento.

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Trabalho sem risco	Cognitivo – informação sobre o tema, atualizações periódicas. Organizacionais – organização da agenda.
Mobilização intersetorial	Político – mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.
Planejando o futuro	Financeiros - para aquisição de insumos gráficos e, principalmente, de medicamentos. Organizacionais - organização da agenda. Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Reconhecer riscos	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacionais – articulação com a Secretaria de Saúde e demais órgãos responsáveis, para que haja resultados dos exames em tempo hábil; e comunicação eficaz com referência de alta complexidade.

10 CONCLUSÃO

Com a realização deste projeto foram identificados os principais fatores determinantes para gravidezes de risco na UBSF Preá, no município de Cruz, destacando-se a gravidez nos extremos de idade e comorbidades cardiovasculares. Além disso, confeccionou-se um plano de ação que contribuirá com a propagação de conhecimento na população, sobretudo feminina, acerca da gravidez de risco e cuidados até o puerpério.

A influência da equipe de saúde em atenção básica é fator determinante na atenção integral às grávidas incidindo antes, durante e depois da etapa gestacional, no seguimento da gravidez no primeiro momento e da saúde reprodutiva de forma geral.

Destaca-se a importância de pré-natal qualificado, com especial atenção ao histórico familiar e pessoal da gestante, além de um número e tempo de atendimentos adequados para as consultas e a realização dos exames em cada trimestre, visando identificar o mais rápido possível qualquer alteração no desenvolvimento da gestação.

A atuação do poder público justifica-se, por meio de políticas públicas, com o objetivo de, num primeiro momento, oferecer campanhas de conscientização sobre direitos sexuais e reprodutivos, incentivar o uso métodos contraceptivos e oferecer os anticoncepcionais continuamente. Paralelamente, esclarecer acerca da necessidade do planejamento familiar.

Dessa forma, para o desenvolvimento e eficácia da intervenção proposta é necessário o investimento em capacitação dos profissionais da área da saúde e da educação para que estejam amparados em conhecimentos técnicos para atuarem de forma educativa e preventiva, além de tempo para os mesmos possam desempenhar tais funções.

A participação da população também é necessária, a partir da qual se desenvolverá uma cultura de prevenção associada ao complexo familiar, intencionando mudança de comportamento em relação à sexualidade, planejamento familiar, saúde e educação.

Foi evidenciada a importância do planejamento familiar em sua essência, com a consulta pré-concepcional sendo uma das mais acuradas ferramentas na detecção de problemas, atuais ou futuros. A avaliação dos prováveis riscos em saúde reprodutiva na população feminina fértil possibilita modificação ou mesmo erradicação de prováveis riscos, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade materno-infantil.

Portanto, maior atenção deve ser dirigida à condição de saúde geral da mulher, compreendida de maneira mais abrangente no seu bem estar ao longo da vida e não apenas na gravidez.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Linnet Alonso. Intervenção educativa em pacientes grávidas para diminuir a mortalidade materno-infantil. 2015. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. 2015.

ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. Psicologia. **Revista Ciência e Profissão**, v. 36. n.4, p.847-863. Out./Dez. 2016.

ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A.R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**; Brasília, v.36, n.4, p.847-863. Dez. 2016.

ALVES, J. M. et al. Postpartum Reclassification of Glycemic Status in Women with Gestational Diabetes Mellitus and Associated Risk Factors. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.38, n.8, p.381-390. Ago. 2016.

ALVES, J. M.. Experiências e percepções de mães usuárias de drogas atendidas em uma unidade de saúde da atenção primária. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 1-13. 2015.

AMORIM, T. V. et al. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermeria**, Espanha, v.46, p.515-529. Abr. 2017.

ANDRADE, Elffie. Grupo de gestantes: um espaço para educação em saúde. 2014. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Lagoa Santa, Minas Gerais. 2014.

ARAÚJO, A. S. et al. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. *Revista de Enferm. UFPE*, vol.11, n. 10, p.4103-4110. Out. 2017.

ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Revista da SBPH**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 103-116. 2016.

BARRERO, A.; HERNÁNDEZ, L. Maternidad después de 35 años: cuidado orientado a proteger la mujer y su hijo. **Hacia Promoc. Salud**, Manizales, Colombia, v.22, n.1, p.13-26. Jun. 2017.

BRAGA, L. P. M. et al. Supervisão Docente Indireta: Percepções das Pacientes em Ambulatórios de Obstetrícia e Pediatria. **Revista Brasileira de Educação Médica**; v.41, n.1, p.4-11. Jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, p.163.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012, p.320.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regula SUS. **Protocolos de encaminhamento para obstetrícia (pré-natal de alto risco)**. Disponível em: www.telessauders.ufrgs.br. Acesso em 29 junho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações e Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria nº. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de, Horácio Pereira de Faria e Max André dos Santos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon – MG. 2010.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Hospital Geral Dr. Cesar Cals. Protocolo câncer na gestação 2017. Acesso em 29 junho 2018.

CIPRIANO, Natália Maria Franca Batista. Melhoria da atenção à saúde das gestantes da Unidade Básica de Saúde Claro da Silva Rêgo em Ipiranga-PI. 2015. 92f. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS. 2015.

COSTA, L.D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.21, n.2, p.01-08, abr./jun. 2016.

DEMITTO, M. O. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death.- **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.51. p.01-08. Mar. 2017.

DEMITTO, M.O. et al. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v.51, p.01-08. Mar. 2017.

DIANELIS, Román Osorio. GESTAÇÕES NA ADOLESCÊNCIA DE ALTO RISCO: uma estratégia de intervenção no Programa de Saúde da Família. 2016. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família– Modalidade a Distância – da Universidade Federal de Pelotas/UNASUS, UFMG. Lagoa Santa, Minas Gerais. 2016.

DUQUE, D. A. A. et al. Experiências de gestantes assistidas na atenção secundária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v.10, n.12, p.4612-4619. Dez. 2016.

DUQUE, D. A. A. et al. Experiências de gestantes assistidas na atenção secundária à saúde. **Revista Enfermagem da UFPE**, Recife, v.10, n.12, dez. 2016.

FEITOSA, A. C. R.; Nizarala, A. A. Uso do prontuário eletrônico na assistência pré-natal às portadoras de diabetes na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.38, n.1, p.9-19. Jan. 2016.

FOROUZANFAR, Mohammad H et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Journals The Lancet**, London, v.338, n.10053, p.1659 – 1724, dez. 2015.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais**, p. 1-29, 2016.

GODINHO, João Victor Veloso. Plano de Ação para diminuir o Tabagismo na UBS Manoel Jarcy Torquato, na cidade de Morada Nova de Minas. 2015. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, Sete Lagoas, Minas Gerais, 1994.

GONZÁLEZ, A. E. Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena - Repeat pregnancy in adolescence: the Chilean reality. **Rev Chil Obstet Ginecol**, Santiago, v. 81, n.5, p.354-359. Mar. 2016.

GONZÁLEZ, C. R. S. et al. Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes: propuesta de evaluación en el nivel primario - Biopsychosocial risks in pregnant adolescents. Evaluation proposal in the primary level. **Rev Multimed (Granma)**, Cuba, v.20, n.1. Fev. 2016.

HIDALGO-LOPEZOSA, P. et al. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p.1-6. 2017.

JORGE, H. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 140-148, 2015.

KASAWARA, Karina Tamy. et al. Exercícios físicos na gestação de alto risco. 2016. 106f. Tese (Doutorado) — Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

LIMA, M. R. G. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cadernos Saúde Coletiva**; Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.324-331. Set. 2017.

LIMA, Magna Rita dos Santos. Qualificação da atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério na Unidade Básica de Saúde Dr. Gilton Rezende - Nossa Senhora do Socorro/SE. 2014. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado

LOUREIRO, C.M. et al. Aspectos sociodemográficos e obstétricos da morbidade materna grave. **Revista Ciência e Enfermaria XXIII**, v. 21, n.2, p.21-32. Maio 2017.

LOZANO, R.; NORYS, A.; MOLINA, H. L. M. Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años. **Avances en Enfermería**, v.34, n.1, p.8-18. Jan. 2016.

MAINEGRA, Maria Eugenia Dosal. Plano de intervenção para diminuir os altos índices de gestações na adolescência. 2015. 43f. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Uberaba, Minas Gerais, 2015.

MARTINS, A.C.S.; SILVA, L.S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.71, n.1, p. 677-683. 2018.

MARTINS, L. C. F. et al. Risk Prediction of Cardiovascular Complications in Pregnant Women With Heart Disease. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.106, n.4, p.289-296. Ago. 2016.

MEDEIROS, A. L. S. et al. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; v.37, n.3, p.37(3). Set. 2016.

NASCIMENTO, Arian Costa do; BATISTA, Edineide; SOBRINHO, Thaís Medeiros de Souza. Cuidados da enfermagem na atenção primária na prevenção da pré-eclampsia: revisão da literatura. 2018. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE. 2018.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA. Como o NASF pode auxiliar as equipes de Saúde da Família para o cuidado às gestantes no acompanhamento pré-natal de alto risco? Disponível em:<http://aps.bvs.br/aps/como-o-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-pode-auxiliar-as-equipes-de-saude-da-familia-para-o-cuidado-as-gestantes-no-acompanhamento-pre-natal-de-alto-risco/>. Acesso em: 05 jun. 2018.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Escola Anna Nery**, v.19, n.1, p.93-101. Mar. 2015.

OLIVEIRA, D.C.; MANDÚ ENT. Vivências/percepções de mulheres na gravidez de risco. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.93-101. Jan./Mar. 2015.

OLIVEIRA, Natália Cintia. Proposta de intervenção para gravidez precoce no território do Programa Saúde da Família Salu Alves Ferreira do Município de Monte Carmelo – Minas

Gerais. 2016. 32f. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Uberaba, Minas Gerais, 2016.

OLIVEIRA, Natália Cintia. Proposta de intervenção para gravidez precoce no território do Programa Saúde da Família Salu Alves Ferreira do Município de Monte Carmelo – Minas Gerais. 2016. 32f. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Uberaba, Minas Gerais, 2016.

OLIVEIRA, Suellen Magalhães Dias. Educação sexual para adolescentes na realidade Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal do Triângulo Mineiro . Uberaba, 2013. 32f. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de especialização em atenção básica em Atenção Básica em Saúde da Família. 2013,

PÉREZ, Mireidis Diaz. Melhoria da Atenção ao Pré-natal e Puerpério na UBS Manoel da Costa Souza, Arez/RN. 2015. 118f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. UFPEL, 2015.

PIEDRA, Felix Gonzalez. Proposta de plano de ação para prevenção da gravidez de alto risco na UBS Vila Esperança no município de Contagem/MG. 2015. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. 2015.

RAMOS, J. G. L. et al. Pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 39, n.9, p.496-512. 2017.

RAMOS, J. G. L.; SASS, N.; COSTA, S. H. M. – Pré-eclâmpsia - **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**; v.39, n.9, p. 496-512. Set. 2017.

RIBEIRO, Suellen Dayse de Moura et al. Translation and cross-cultural adaptation of "Hoja Verde de Salud Medioambiental Reproductiva" in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.16, n.4, p.379-388. Dez. 2016.

ROCHA, P.C. B. A. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA; **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, n.1. Fev. 2016.

SALGE, A. K. M. et al. Relationship between clinical, placentary, obstetric and neonatal aspects and intrauterine growth in high risk pregnancies - Texto & **Contexto Enfermagem**, v.26, n.2. Jun 2017.

SARAIVA, J. P. et al. Association between maternal and neonatal factors and Apgar in usual risk neonates. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 19, p. 3179. 2018.

SILVA, Luciana Andrade Gama. A melhoria na qualidade do atendimento ao pré-natal e puerpério, incluindo saúde bucal, na Unidade Básica de Saúde Parque dos Faróis de Nossa

Senhora do Socorro/SE. 2014. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família– Modalidade a Distância – da Universidade Federal de Pelotas/UNASUS. 2014.

SILVEIRA, Pâmela Gioza da; TAVARES, Cláudia Mara de Melo; MARCONDES, Fernanda Laxe. Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.4, p.63-68. Out. 2016.

TEIXEIRA, M. P.; QUEIROGA, T. P.; MESQUITA, M.A. Frequência e fatores de risco para o nascimento de recém-nascidos pequenos para idade gestacional. **Revista Einstein**, São Paulo, v.14, n.3, p.317-323. 2016.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33. 2017.

WESTPHAL, F. et al. Associação da idade gestacional com a opção pela interrupção da gravidez de fetos com anomalias incompatíveis com a sobrevivência neonatal. **Revista Einstein**, São Paulo, v.14, n.3, p.311-316. 2016.

XAVIER, D. M. Use of crack in pregnancy: repercussions for the newborn. **Revista Invest. Educ. Enferm**, Colombia, v.35, n.3, p.260-267. 2017.

XAVIER, M. et al. Use of crack in pregnancy: repercussions for the newborn. **Investigación y Educación en Enfermería**; v.35, n.3, p.260-267. Dez. 2017.

XAVIER, R. B. et al. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.19, n.55, p. 1109-1120. Ago. 2015.