

Universidade Aberta do SUS- UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



**Melhoria da atenção ao Pré-Natal e puerpério na Unidade
Básica de Saúde Ednaide Lopes, Rio Preto da Eva/AM**

Marcelo Viana Carlos Cardoso

Pelotas, 2014

Marcelo Viana Carlos Cardoso

**Melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade
Básica de Saúde Ednaide Lopes, Rio Preto da Eva/AM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família Modalidade EaD da Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ethieli Rodrigues da Silveira

Pelotas, 2014

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C268m Cardoso, Marcelo Viana Carlos

Melhoria da atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade Básica de Saúde Ednaide Lopes, Rio Preto da Eva/AM / Marcelo Viana Carlos Cardoso; Ethieli Rodrigues da Silveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

112 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde da mulher 4.Pré-natal 5.Puerpério 6.Saúde bucal I. Silveira, Ethieli Rodrigues da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma colaboraram na sua elaboração, comunidade, equipe de saúde, familiares, em especial a minha orientadora.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, família, amigos de trabalhos, gestão do município, supervisor local e a minha orientadora.

Lista de Figuras

Figura 1: Proporção de gestantes cadastradas no programa de pré-natal e puerpério	77
Figura 2: Proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação	78
Figura 3: Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica	79
Figura 4: Proporção de gestantes faltosas às consultas que receberam busca ativa	80
Figura 5: Proporção de busca ativa realizada às gestantes faltosas às consultas odontológicas	81
Figura 6: Proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre	82
Figura 7: Proporção de gestantes com pelo menos um exame das mamas durante o pré-natal	83
Figura 8: Proporção de gestantes com solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia	86
Figura 9: Proporção de gestantes com solicitação de testagem anti-HIV em dia	87
Figura 10: Proporção de gestantes com solicitação de sorologia para hepatite B em dia	88
Figura 11: Proporção de gestantes com sorologia para toxoplasmose na primeira consulta	89
Figura 12: Proporção de gestantes com o esquema da vacina anti-tetânica completo	90
Figura 13: Proporção de gestantes com o esquema da vacina de Hepatite B completo	90
Figura 14: Proporção de gestantes com avaliação da saúde bucal	91
Figura 15: Proporção de gestante com exame de puerpério entre 30 ^o e 42 ^o dia pós-parto	92
Figura 16: Proporção de gestantes com primeira consulta dentária concluída	93

Figura 17: Proporção de gestantes com registro na ficha espelho de pré-nat vacinação	94
Figura 18: Proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional	94
Figura 19: Proporção de gestantes com avaliação de prioridade de atendimento odontológico	95
Figura 20: Proporção de gestantes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação	98

Lista de abreviaturas/Siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AM – Amazonas

APS – Atenção Primária a Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes.

HPV – Papiloma Vírus Humano

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corpórea

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PCCUM – Preventivo de Câncer de Colo Uterino e Mama

PNI – Programa Nacional de Imunização

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

RN – Recém-Nascido

RPE – Rio Preto da Eva

SIAB – Sistema de Informação da Atenção básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

Apresentação.....	12
1 Análise situacional.....	14
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF	14
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da análise situacional.....	29
2 Análise estratégica	30
2.1 Justificativa.....	30
2.2 Objetivos e metas.....	31
2.2.1 Objetivo Geral	31
2.2.2 Objetivos Específicos	31
2.2.3 Metas.....	32
2.3 Metodologia.....	34
2.3.1 Ações	34
2.3.2 Indicadores.....	56
2.3.3 Logística	65
2.3.4 Cronograma	68
3 Relatório da intervenção.....	69
3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	69
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	70
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.....	72
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	73
4 Avaliação da intervenção	76
4.1 Resultados	76

4.2 Discussão.....	98
4.3 Relatório da Intervenção para os gestores.....	101
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	103
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	105
6 Bibliografia.....	106
Anexos	
Anexo A Ficha espelho de acompanhamento pré-natal	107
Anexo B – Ficha de saúde bucal da gestante.....	108
Anexo C – Planilha de coleta de dados.....	109
Anexo D – Documento do Comitê de Ética.....	111

RESUMO

CARDOSO, Marcelo Viana Carlos. **Melhoria da atenção ao pré-natal na Unidade Básica de Saúde Ednaide Lopes, no município de Rio Preto da Eva/AM.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Neste contexto realizou-se o presente trabalho com o objetivo de melhorar os aspectos considerados deficitários no pré-natal e puerpério dentro de uma Unidade Básica de Saúde. Realizou-se em um primeiro momento uma análise situacional, seguida por um projeto de intervenção. Assim, identificou-se que o programa de atenção ao pré-natal encontrava-se deficitário. O público alvo foram gestantes e puérperas moradoras na área de abrangência da UBS Ednaide Lopes, localizada no município de Rio Preto da Eva/AM. Ao final da intervenção foi realizada a avaliação dos resultados obtidos, que evidenciaram melhorias dentro do proposto, destacando-se o aumento da cobertura dos pacientes, do registro das informações, qualificação do atendimento clínico e aumento da solicitação de exames complementares; todavia, indicadores como a saúde bucal necessitam atenção. A intervenção foi bem sucedida e deve continuar em andamento na unidade, embora resultados positivos tenham sido atingidos esta a atenção à saúde desta população específica ainda necessita de melhorias.

Palavras-chave: Saúde da família; atenção primária à saúde; saúde da mulher; pré-natal; puerpério; saúde bucal

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Realizou-se uma intervenção direcionada ao Pré-natal e puerpério, no município de Rio Preto da Eva, interior do Amazonas.

O volume está organizado em seis unidades, iniciando-se pelo Relatório da Análise Situacional, que foi desenvolvido na Unidade 1 com o propósito de apresentar o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

A segunda parte consiste na Análise Estratégia com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção, baseado no diagnóstico situacional, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma. A terceira parte consta do Relatório da Intervenção que foi formatado na Unidade 3, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

Na quarta parte se encontra a Avaliação dos Resultados da Intervenção e sua Discussão por meio dos indicadores de saúde e respectivos gráficos, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na quinta seção consta a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem durante o curso e especialmente para a implementação da intervenção.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

O Curso de Especialização em Saúde da Família iniciou-se em março de 2013 e finalizou-se em fevereiro de 2014, com a entrega do volume final do TCC em maio de 2014.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF

No final de julho fui realocado para UBS Ednaide Lopes, localizada em área urbana. A UBS Ednaide Lopes apresenta uma equipe de ESF e uma equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), identificadas numericamente como “seis” e “sete”, respectivamente. A equipe “seis” da qual faço parte é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário (ACD), uma técnica de odontologia. A equipe “sete”, por sua vez, é formada por uma enfermeira e oito ACS.

Apesar da equipe atuar em uma estrutura física relativamente razoável, o fato do imóvel (casa) ser alugado e adaptado para o funcionamento da UBS faz com que fiquemos restritos e limitados em fazer algumas adequações para atender as normatizações preconizadas pelo Manual de Estrutura da UBS-MS, pela NBR 9050 da ABNT e outros órgãos reguladores, visto que o proprietário não autoriza mudanças na estrutura do prédio.

Além disso, a unidade não possui agendamento, atendendo diariamente em regime de livre demanda, o que por vezes prejudica a realização de um atendimento integral

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Rio Preto da Eva (RPE) está localizado no Estado do Amazonas, mais precisamente na Mesorregião do Centro Amazonense. Situa-se ao norte de Manaus, capital do Estado, distando desta cerca de 85 km e compondo sua região metropolitana. Segundo dados do IBGE Rio Preto da Eva apresenta uma população estimada em 26.344 habitantes distribuídos em seus 5.813,50 km².

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada exclusivamente na assistência à doença, mas também na promoção da saúde, proteção, prevenção, manutenção e reabilitação de danos e agravos à saúde. Para a concretização dessa estratégia é importante a atuação da equipe multidisciplinar, instalada na Unidade Básica de Saúde (UBS). Esta equipe é composta no mínimo por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Na sua forma mais ampliada, esta equipe ainda pode contar com dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental (Brasil, 1997).

Rio Preto da Eva dispõe de oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo três urbanas – UBS Hamilton Cidade, UBS Maria de Lourdes Azevedo, UBS Ednaide Lopes -, e cinco UBS rurais – Nova Jerusalém, Nossa Senhora de Aparecida, Luzia Schwab, Manoel Romão e Manápolis -, onde atuam onze Equipes de Saúde de Família (ESF).

Existem ainda duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), vinculadas a UBS do município, sendo uma para as unidades da zona rural e outra para a zona urbana. Atualmente o NASF possui dois fonoaudiólogos, três fisioterapeutas, dois educadores físicos, duas assistentes sociais, um psicólogo e um nutricionista.

Na sede do município há o Hospital Thomé de Medeiros Raposo, que funciona como unidade mista, sendo constituído de pronto atendimento, maternidade, laboratório para todo o município (urgência e rotina), radiologia e eletrocardiograma. O município possui também a Policlínica Roseth Palhares, onde são ofertados serviços de algumas especialidades médicas como Pediatria, Ginecologia, Ortopedia e Psiquiatria. Casos de urgências e emergências, necessidade de internação hospitalar e de algumas cirurgias eletivas (por exemplo: herniorrafia, colecistectomia, cesárea) e demanda de atendimentos especializados são em um primeiro momento referenciados para o próprio município, para o Hospital ou Policlínica, e casos estas não tenham como dar suporte, são então encaminhadas para Manaus. Na prática, a maioria

dos atendimentos especializados são encaminhados para a capital do estado, demorando-se de 3 meses a 3 anos para conseguir uma vaga, em decorrência da grande demanda.

Não há no município um laboratório de análises clínicas que atenda a demanda apenas da atenção básica, o que faz com que todos os exames tenham que ser feitos no laboratório do Hospital, gerando excesso de demanda e atraso em se conseguir resultados dos mesmos (agendamentos para 2 a 3 meses da data de solicitação). O município também não realiza algumas sorologias como as para Toxoplasmose, CMV, Rubéola (importantes no pré-natal), hemoglobina glicosilada (HIPERDIA), PSA (saúde do homem e do idoso). Em relação a exames de imagem, Rio Preto da Eva já dispõe de serviços de ultrassonografia, radiografia simples e eletrocardiograma (estes últimos enviados via internet para serem laudados por especialistas em Manaus). Exames mais sofisticados como TC, RNM, Endoscopia, Colonoscopia e Mamografia são encaminhados para Manaus e demora-se 6 meses a anos para conseguir agendamento.

De março a julho deste ano tive a oportunidade de atuar em umas das UBSs rurais do município, no ramal do Manápolis, e foi interessante constatar como o acesso à saúde ainda é um desafio no interior do Amazonas, sobretudo em áreas com especificidades loco-regionais que integram: uma população extremamente carente, péssimas condições de estrada nos ramais, uma região entrecortadas por igarapés e uma longa distância entre as casas dos moradores e da sede do município à UBS do Manápolis (houve casos em que pacientes percorreram 17Km a pé assim como a equipe de saúde percorria 180km/dia ou 4 horas/dia de ônibus para acessar a UBS).

No final de julho fui realocado para UBS Ednaide Lopes, localizada em área urbana. A UBS Ednaide Lopes não possui vínculos com instituições de ensino e apresenta uma equipe de ESF e uma equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), identificadas numericamente como “seis” e “sete”, respectivamente. A equipe “seis” da qual faço parte é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma dentista, uma auxiliar de consultório

dentário (ACD), uma técnica de odontologia. A equipe “sete”, por sua vez, é formada por uma enfermeira e oito ACS.

Apesar de a equipe atuar em uma estrutura física relativamente razoável, o fato do imóvel (casa) ser alugado e adaptado para o funcionamento da UBS faz com que fiquemos restritos e limitados em fazer algumas adequações para atender as normatizações preconizadas pelo Manual de Estrutura da UBS-MS, pela NBR 9050 da ABNT e outros órgãos reguladores, visto que o proprietário não autoriza mudanças na estrutura do prédio.

A estrutura interna é composta por uma sala ampla onde funciona recepção, ações administrativas, arquivo, registros, acolhimento, triagem, sala de espera, e que, apesar de não possuir ar condicionado, possui portas e janelas amplas, facilitando a ventilação e luminosidade; um consultório médico climatizado, com mesa de exame clínico, banheiro anexo, razoavelmente equipado e pouco iluminado, o que prejudica o exame dermatológico; uma sala que funciona como consultório de enfermagem e armazenagem de medicamentos, climatizada, com mesa ginecológica, banheiro anexo e porta de entrada que dar acesso a outro setor que funciona como sala de espera, além de sala de arquivo e registro; um consultório odontológico cuja porta dar acesso a sala de nebulização e procedimentos (pequenas cirurgias, sutura, curativos, administração de injetáveis). Este último está em completo desacordo com a norma já que é meio de acesso ao consultório odontológico e tem a desvantagem de ser totalmente aberto em um de seus lados, permitindo o livre trânsito dos usuários e expondo pacientes e profissionais de saúde a riscos de infecção por ser uma área potencialmente contaminada. Como mencionado acima, não há sala específica para a farmácia e recentemente a gestão do município decidiu por acabar provisoriamente a dispensação dos medicamentos na própria UBS, estabelecendo que os pacientes fossem orientados a buscar a medicação na farmácia municipal. Também não há sala de imunização na UBS e os pacientes candidatos à vacinação são encaminhados a um local na cidade onde funciona todo o Programa Nacional de Imunização (PNI) do município. Recomenda-se, então, a criação na sala de imunização e farmácia na própria UBS, pois desvincular essas ações do âmbito da UBS prejudica o acesso fácil à saúde e contribui para a perda de aproveitamento da ida do paciente a UBS, facilitando esquecimentos e atrasos.

Os pisos, janelas, portas, estantes e armários da UBS são feitas em sua maioria por materiais de revestimento laváveis, de fácil desinfecção. Não há placas de identificação dos serviços e sinalização em forma de texto. Em relação ao fluxo de pessoas a estrutura física da UBS, esta não dispõe de adequações que permita o acesso de pessoas deficientes (como rampas de acesso, barras de apoio) nem banheiros adaptados a este público específico.

Já no tocante à disponibilidade e suficiência dos equipamentos e instrumentos na UBS, destaque para falta de balança pediátrica; fitas para uso do glicosímetro; negatoscópio; oftalmoscópio; otoscópio; foco de luz; sonar doppler (o qual tem seu uso reversado pelo médico e enfermeira, atrasando as consultas); equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática.

A UBS possui uma ampla área externa onde há um banheiro para pacientes, bancos como mais uma opção de local de espera para os atendimentos, uma área de copa/cozinha bem equipada e confortável, uma área de serviço e local de depósito de material de limpeza. Apesar de contar com uma ampla área externa, recomenda-se a aquisição de mais bancos para a adequada acomodação dos pacientes, além de projetos para climatizar a sala de espera, já que se trata de uma região bastante quente onde algumas vezes o paciente precisa esperar por horas para ser consultado.

Sabe-se que uma das características principais da ESF é que esta pressupõe que o trabalho ocorra de forma multidisciplinar e em equipe. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial. Entende-se por processo de trabalho de uma equipe o conjunto de ações que envolvem desde a territorialização e cadastramento de indivíduos e famílias até a elaboração de diagnósticos situacionais com monitoramento de ações (priorizando grupos de risco), desenvolvimento de ações educativas, fortalecimento do engajamento público e do controle social. Para qualificação progressiva do processo de trabalho é fundamental que se fomente a autonomia e protagonismos dos profissionais da equipe de saúde por meio de estratégias de educação permanente que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado de parte dos problemas e desafios enfrentados pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Dentro de uma equipe da ESF, acredito que deva haver colaboração entre os membros, a fim de que a unidade funcione de forma adequada. Assim, o ideal seria que todos os profissionais estivessem cientes não somente de suas funções, como também do processo de trabalho, já que, coletivamente, a equipe deve elaborar metas bem como estratégias para alcançá-las. Entretanto, percebo que um dos maiores empecilhos está no despreparo dos integrantes, uma vez que, não recebem orientações quanto as atribuições e as responsabilidades, o que gera por consequência, uma desorganização no processo de trabalho, atingindo a territorialização, o cadastramento, os arquivos/prontuários, o abastecimento dos dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cujos dados tendem a divergir da realidade. Tais premissas contribuem para uma restrição a preparação dos diagnósticos situacionais, resultando assim, em dificuldades para a realização de atividades/ações de prevenção e promoção de saúde. Dessa forma, sugiro a educação continuada da equipe por meio de atualizações que objetivem ao empoderamento dos indivíduos como profissionais da ABS.

A territorialização e a adscrição de clientela é uma das principais características da Atenção Básica da Saúde. A territorialização inclusive deve ser a primeira atividade de uma equipe de ESF, uma vez que permite a elaboração do diagnóstico situacional da saúde de um local e a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades identificadas, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Durante muito tempo as equipes atuantes nesta UBS não demonstravam comprometimento com a comunidade, desconheciam seus agravos, não realizavam o acompanhamento contínuo e integral dos usuários e suas famílias através de ações programadas, para desta maneira, interferir nos padrões de produção de saúde-doença, o que refletiu negativamente nos indicadores de saúde.

A UBS Ednaide Lopes apresenta cadastro de 7492 pessoas, sendo que a equipe “seis”, da qual faço parte, é responsável por 2143 pessoas, o que corresponde a 531 famílias e aos bairros Monte Castelo I e Monte Castelo II.

Em nível de demografia, a maioria dos indivíduos é do sexo feminino,

distribuídos principalmente entre 20 a 39 anos, seguido pelas faixas etárias de 15 a 19 anos, 10 a 14 anos, um a quatro anos, 40 a 49 anos, sete a nove anos, 50 a 59 anos, cinco e seis anos, maiores de 60 anos e menores de um ano. Partindo desses dados, o número de cadastrados se apresenta dentro da capacidade de atenção da unidade, todavia, se elencam como déficits iniciais, uma vez que atuou pouco tempo nessa unidade, o excesso de atendimentos externos a área de cobertura e o fato de na prática existir apenas um médico para suprir a necessidade das duas equipes vinculadas à UBS (equipes “seis” e “sete”, totalizando 7492 cadastrados), muito embora na teoria o EACS não pressuponha o atendimento médico. Em decorrência desse excesso de procura por atendimento médico (de pacientes da área e fora de área), acaba que o profissional fica sobrecarregado e restrito a ações no consultório, comprometendo as ações e metas estabelecidas para sua própria área de responsabilização e sobretudo aquelas ações coletivas (tempo reduzido para palestras em educação em saúde, para ações de educação permanente com a equipe, ações dirigidas a grupos de riscos). Recomenda-se, portanto, a contratação de mais um profissional médico e a transformação do EACS numa ESF para melhor cobertura dos usuários da UBS Ednaide Lopes.

Sabe-se que a atenção básica, para ser resolutive, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na

realização da escuta qualificada da demanda. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

Na UBS Ednaide Lopes a questão do acolhimento à demanda espontânea e organização da agenda dos profissionais ainda tem sido um desafio. Primeiro porque o número de equipes é insuficiente para atender o tamanho da área de abrangência (uma ESF e uma EACS para atender aproximadamente 7.492 habitantes), isto sem computar os pacientes fora de área, que às vezes chegam a ser 50% dos atendimentos do dia. Outro fator que dificulta o acolhimento é o fato de inexistirem na UBS protocolos específicos do domínio da equipe para estratificação do risco biológico e vulnerabilidade social para assim definir o encaminhamento da demanda do usuário que chega a UBS, e na prática essa avaliação é feita mais pelo tato, competência técnica e bom senso dos profissionais da equipe.

Contudo o que se observa é que não raro o acolhimento se resume a triagem para atendimento médico (principalmente), ou da enfermagem e as fichas para atendimento são entregues seguindo principalmente critérios de ordem de chegada, ferindo o princípio de equidade. Também há casos em que os usuários são acolhidos e encaminhados para consulta médica, demorando para serem consultados, gerando descontentamento e reclamações dos usuários pelo longo tempo de espera, que muitas vezes nem teriam indicação de serem atendidos no mesmo dia.

Durante reuniões realizadas com a equipe toda terça-feira, essas questões são debatidas, a fim de que se melhore o acolhimento, se busque a readequação do processo de trabalho, alcançando um impacto positivo tanto na satisfação dos usuários com os serviços ofertados pela UBS quanto nos profissionais, na medida que não ficam sobrecarregados com excesso de demanda. Essas reuniões têm sido importantes também para organizar e implementar o atendimento das ações programáticas em dias específicos, embora ainda esteja sendo difícil conscientizar a população (e até parte da

equipe) nesta nova sistemática, uma vez que a UBS sempre funcionou sob a forma de demanda espontânea.

Todavia, a despeito das dificuldades enfrentadas podemos dizer que todos os usuários (da área e os de fora) com problemas de saúde agudos que solicitam consultas para enfermeiro, médico e odontólogo no dia ou de imediato, são atendidos; assim como os casos não agudos também tem seu atendimento garantido (no mesmo dia ou não dependendo da demanda) e recebem orientações sobre o funcionamento da UBS.

Além do atendimento à demanda espontânea, a UBS Ednaide Lopes tem procurado estruturar e organizar o atendimento à demanda das ações programáticas, estratégia esta que potencializa as ações de prevenção, proteção e promoção à saúde e o monitoramento das mesmas.

Com relação à Saúde da Criança, destinamos dois turnos específicos da semana para o atendimento de grupo de usuários, as segundas pela tarde e quintas pela manhã, para os casos não agudos. Mas nem sempre foi assim. Há 2 meses, o atendimento de crianças na UBS era feito principalmente em contexto de agravos agudos e sempre com ênfase curativa, orientado sobre o princípio queixa-conduta. Ou seja, a mãe levava a criança na UBS apenas quando esta apresentava um resfriado comum, uma diarreia ou algo semelhante e saía com a medicação sem agendamento de retorno, sem devida avaliação do crescimento e desenvolvimento, do estado nutricional, da imunização, suplementação de ferro e outros pontos inerentes a uma puericultura adequada. Os prontuários eram desorganizados e não eram feitos registros de dados que permitissem o fácil monitoramento das ações. Além disso, muitos profissionais de saúde, inclusive o médico e as enfermeiras, desconheciam o Manual do MS, não ofertando todos os serviços que este preconiza. Reflexo disso é o baixo o percentual encontrado de crianças com consultas em dia de acordo com o calendário do MS. Para melhorar esse indicador da qualidade da atenção, estamos promovendo ações para divulgar e garantir a efetivação dessas consultas por meio visita domiciliar (nos primeiros 7 dias de vida), agendamento das consultas e promoção do acolhimento com maior divulgação do funcionamento das ações programáticas. Algumas ações

estão sendo realizadas na UBS de forma razoavelmente satisfatória, embora ainda possam ser intensificadas, como o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, a promoção do aleitamento materno exclusivo e o programa de imunização. Em contrapartida, ainda é insuficiente a cobertura da saúde bucal das crianças na UBS e não raro é possível constatar dentes em péssimo estado de conservação durante as consultas. Estes casos são devidamente encaminhados ao odontólogo que mesmo com excesso de demanda tenta traçar um plano terapêutico e acompanhá-los. Outros procedimentos e ações que precisam ser intensificados de forma a melhorar a qualidade da atenção são: garantia da triagem auditiva, prevenção de anemia, prevenção de acidentes, promoção de hábitos alimentares saudáveis e promoção da saúde mental. Os registros e monitoramento se tornam fáceis quando se adota a estratégia de organizá-los em um livro, pois desta maneira não é necessário revisão do prontuário a cada vez que se queira obter uma informação, e mais ainda, facilita a identificação dos faltosos, a detecção de procedimentos atrasados (por ex.: peso ou vacina), possibilita a busca ativa além de servir para o planejamento das ações com base na análise situacional observada pelos dados registrados.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação e o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto na saúde maternal, inclusive abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas. A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que tem potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Contudo, dentre estes fatores, talvez à assistência pré-natal seja o principal indicador prognóstico ao nascimento. Neste contexto, o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência e Organização Mundial de Saúde (OMS) considera um mínimo de 6 consultas como necessárias.

Na UBS Ednaide Lopes, as consultas de pré-natal são mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Há um

arquivo específico para prontuários de gestantes e temos procurado manter o monitoramento frequente dos registros em livros para programar as ações. A adoção dessa estratégia tem facilitado a identificação de gestantes que faltam à consulta agendada, àquelas com exames pendentes ou com imunização atrasada, além de deixarmos cientes da proximidade da Data Provável do Parto. Recentemente foi criado pela enfermeira um grupo de gestantes com reunião mensal, onde são realizadas ações educativas como cuidados com recém-nascido, promoção do aleitamento materno, imunização, dicas de alimentação saudável, incentivo à puericultura, entre outros assuntos. Reforça-se, contudo a necessidade desta atividade ser mais divulgada à população, envolver outros profissionais da saúde e explorar outros assuntos como conversas sobre o risco do tabagismo, álcool e drogas na gestação, conversas sobre anticoncepção pós-parto, incentivar a revisão puerperal até os 7 dias pós parto e 30 a 42 dias pós-parto. Aproximadamente 70 % das gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS estão com a consulta em dia conforme o calendário do MS, tem seu pré-natal iniciado no primeiro trimestre e já saem da UBS com a próxima consulta programada agendada. Todos os exames (laboratoriais e USG) são solicitados já na primeira consulta e realizados no próprio município, exceção feita para a sorologia de Toxoplasmose, Rubéola e Citomegalovírus que são encaminhados para serem feitos em Manaus. Contudo ainda não é possível para o município repetir no terceiro trimestre todos os exames solicitados no primeiro trimestre para todas as gestantes conforme é recomendado pelo MS. Ou seja, é possível que uma gestante com sorologia para HIV negativa no primeiro trimestre, contraia a infecção durante a gestação e não tenha esta infecção devidamente diagnosticada, aumentando o risco de transmissão vertical. Apesar do risco, ainda não houveram casos relatados deste fenômeno no município. Ainda é baixo o percentual encontrado de gestantes com vacinação antitetânica e de hepatite B em dia conforme o protocolo, mas acredito que esse valor tão baixo se deveu mais ao fato de não se ter essa informação anotada no prontuário (usado como fonte de dados). No entanto, anexada ao cartão de pré-natal sempre há a carteira vacinal da gestante e é possível verificar durante as consultas que se a gestante ainda não está com a imunização completa, esta já está devidamente programada para ser feito até a data do parto, conforme

orientação ofertada desde a 1ª consulta. Estamos conscientizando a equipe da importância destas informações serem registradas no prontuário. A maior parte das gestantes recebe a prescrição da suplementação com sulfato ferroso desde a primeira consulta. Duas ações que ainda precisam ser intensificadas na assistência pré-natal na UBS Ednaide Lopes diz respeito a realização do exame ginecológico em cada trimestre e avaliação da saúde bucal. Toda quarta-feira a tarde o odontólogo se dedica ao atendimento das gestantes, mas ainda é fraca a adesão por parte das mesmas a este programa.

Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deve existir o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Para um efetivo controle do câncer são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos. As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) do câncer do colo do útero, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esses tipos de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres.

Em relação ao Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero (PCCU), a UBS Ednaide Lopes disponibiliza a realização do exame citopatológico todos os dias em todos os turnos à mulheres entre 25 a 64 anos ou àquelas que já iniciaram sua vida sexual precocemente. Durante as consultas essas mulheres recebem orientações sobre prevenção do câncer e DST's, riscos advindos da promiscuidade sexual, da sexarca precoce, malefício do álcool e cigarro além de serem incentivadas a realizarem anualmente o exame. Atualmente estamos buscando aprimorar tanto rastreio organizado quanto o oportunístico, aproveitando o contato da paciente com a UBS para realizar a coleta do citopatológico. No entanto, apesar desses serviços serem ofertados em tempo integral no funcionamento da UBS, ainda é baixo o número de mulheres com exame citopatológico em dia, ao mesmo tempo que um grande contingente encontram-se com este exame atrasado em

mais de 6 meses. Das mulheres acompanhadas na UBS com exames em dia, pouquíssimas tiveram alteração em seus exames, e a grande maioria tiveram seus exames coletados com amostras satisfatórias, traduzindo uma boa técnica de coleta por parte da equipe. Ainda não foram formados grupos de mulheres visando aumentar a cobertura e fortalecer o PCCU na UBS. Até o momento não havia uma forma de registro na UBS, senão o prontuário e um livro de registro, que possibilitasse o monitoramento e planejamento das ações. Contudo estamos organizando uma forma de registro que visa facilitar a identificação de mulheres com exames de rotina atrasados, mulheres com exames alterados, bem como servir como subsídio para avaliar a qualidade do programa e propor melhorias.

Quanto ao Programa de Controle do Câncer de Mama na UBS Ednaide Lopes, este é mais desafiador do que o PCCU, visto que requer a realização da Mamografia como rastreio. A cota do mensal do município de realização de Mamografia é muito baixa (média de 5 por mês), o que prejudica sobremaneira a adequada vigilância de Câncer de Mama em mulheres elegíveis do município. Isso se reflete no número de mulheres com Mamografia em dia na UBS, que é muito baixo, assim como é alto o percentual de mulheres com mamografia atrasada em mais de 3 meses. Ainda não há grupos de mulheres formados na UBS com vistas a aumentar a cobertura e fortalecer o Programa de Controle de Câncer de mama na UBS. De forma geral, as ações educativas de prevenção ocorrem mais em ações individuais durante as consultas médicas ou com as enfermeiras, onde procuramos prestar orientações sobre a importância da prevenção, da detecção precoce, avaliação dos fatores de risco, incentivo ao controle do ganho ponderal mediante atividade física e dieta, entre outros. Assim como no PCCU, estamos organizando uma forma de registro de modo a facilitar o monitoramento, identificar de mulheres com exames atrasados ou alterados, avaliar a qualidade do programa e servir de subsídio para planejar ações e intervenções.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são as mais principais fatores de risco para complicações como o Acidente Vascular Cerebral e o Infarto Agudo do Miocárdio, além da Doença Crônica Terminal. Por ser na maior parte do seu curso clínico assintomática, seu

diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS e do DM. Apesar da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a HAS e o DM. Nesse sentido, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão a exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e DM e redução da carga de doença devidas às doenças cardiovasculares em geral.

A UBS Ednaide Lopes disponibiliza dois turnos de seu atendimento semanal, às segundas e quartas-feiras pela manhã, para ações voltadas ao Programa Hiperdia, o que não impede que pacientes com descompensação em seu quadro clínico de HAS e/ou DM sejam devidamente abordados em outros horários de funcionamento da UBS. Pouquíssimos pacientes são devidamente estratificados quanto ao risco cardiovascular por critério clínico. Ressalta-se a importância para que a equipe seja treinada de forma a estar habilitada a ofertar este serviço aos pacientes, já que tem o impacto de definir intervenções individualizadas (de acordo com risco) e evitar complicações. Mais da metade dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS encontra-se com a consulta atrasada em mais de 7 dias e aproximadamente um terço destes estão com exames periódicos em dia. Essa questão dos exames complementares assim com a dispensação dos medicamentos aos usuários é um dos principais problemas enfrentados nas UBS em todo município. A decisão de retirar a farmácia do âmbito da UBS, e realizar a dispensação em uma espécie de farmácia municipal além de ferir o princípio do SUS de fácil acesso à saúde, prejudicou ainda mais o manejo desses pacientes, uma vez que os profissionais prescrevem medicamentos que muitas vezes estão em falta na farmácia do município e poderiam ser facilmente trocados por um de mesma classe (Ex.: na ausência de um Captopril 25mg que está constantemente em falta, prescrever um enalapril 10mg que a farmácia disponibiliza). Isto sem contar que é frequente a falta de anti-hipertensivos e

hipoglicemiantes orais no município, obrigando os pacientes a comprarem por conta própria ou esperarem até que a farmácia seja reabastecida, processo este que ocorre mensalmente, e expõe os pacientes a quadros de descompensação. Já os exames periódicos, por sua vez, ainda que os profissionais os solicitem com urgência, demoram 2 a 3 meses para serem realizados, devido ao excesso de demanda dos mesmos no município e ao fato de existir apenas um laboratório de análises clínicas no Hospital do município, capaz de realizar uma média de vinte solicitações de exames por dia além da demanda do próprio Hospital. Ainda não há grupos formados a fim de aumentar a cobertura do programa e fortalecer o Programa Hiperdia na UBS. Ações de educação voltadas a prevenção e controle dos fatores de risco são abordadas mais de forma individuais durante as consultas e reforça-se a necessidade da abordagem coletiva e da atuação multiprofissional, de forma a obter resultados mais consistentes e duradouros. Nesse sentido, o município já dispõe de um educador físico juntamente com a nutricionista, que desenvolvem atividades diárias com esses grupos de hipertensos e diabéticos, assim como idosos e outros usuários que desejem realizar exercício físico supervisionado. Queremos também intensificar ações de educação em saúde mediante realização palestras e formações de grupo, durante espera da consulta ou em dias específicos em evento interdisciplinar e multiprofissional, que abordem dicas de alimentação saudável, sobretudo quanto ao consumo de sal e carboidratos, controle de peso, prática de atividade física, tabagismo, uso excessivo de álcool.

Um dos programas que ainda não está funcionando adequadamente na unidade é a Saúde do Idoso, uma vez que, como são comuns a HAS e a DM, os mesmos são inseridos no programa HIPERDIA. Sugerem-se adequação desse programa conforme Manual do MS e inserção da equipe de saúde em programas de educação permanente voltados à atenção à população idosa a fim de se promover o envelhecimento ativo e saudável e um melhor controle das doenças crônico-degenerativas, muito prevalente neste grupo em específico.

Um dos maiores desafios tem sido a aceitação pelos membros da equipe acerca das mudanças propostas, pois, alguns integrantes se encontram

acomodados ou sem maior conhecimento sobre o que seria uma UBS tradicional e uma ESF. Para superar tal dificuldade tem-se realizado reuniões constantes, para esclarecer as dúvidas e informar a equipe sobre o contexto de atuação de uma unidade.

1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da análise situacional

No curto período do início das atividades nessa unidade e considerando a minha primeira impressão e o relatório de análise situacional, percebo que um dos maiores desafios tem sido a aceitação pelos membros da equipe acerca das mudanças propostas, pois, alguns integrantes se encontram acomodados ou sem maior conhecimento sobre o que seria uma UBS tradicional e uma ESF. Para superar tal dificuldade tem-se realizado reuniões constantes, para esclarecer as dúvidas e informar a equipe sobre o contexto de atuação de uma unidade.

Outras restrições nessa unidade são escassa disponibilidade de fármacos, lentidão na marcação de exames e atendimentos especializados, excesso de demanda de usuários fora da área de cobertura e ausência de material de apoio como receituários médicos.

Apesar desse panorama inicial, observo que alguns membros da equipe sinalizam uma cooperação quanto as possíveis mudanças na unidade, como o início da fixação de turnos e/ou horários para os usuários nos respectivos programas, a adaptação do segundo consultório médico e a organização dos prontuários.

Por fim, compreendo que as transformações sociais e coletivas serão graduais, tanto da população, quanto da gestão e da equipe, preconizando-se uma AB condizente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Além disso, quase 600 mil mulheres em todo o mundo morrem vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Dessas, 95% ocorrem nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Esse número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação e o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto na saúde maternal, inclusive abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas. A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que tem potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. (BRASIL, 2012)

A intervenção focará nas gestantes e puérperas residentes na área e acompanhadas na UBS Ednaide Lopes, sendo em sua maioria composta por mulheres adultas jovens, na faixa etária menor que 23 anos. Um fator alarmante é o expressivo número de multíparas ainda muito jovens e de adolescentes grávidas que compõe esse público alvo. Muitas destas gestantes procedem de ramais marcados pelo baixo nível socioeconômico,

comportamento de risco de sua população e dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

A despeito de atualmente a cobertura do pré-natal mostrar-se satisfatória na UBS Ednaide Lopes, a qualidade da atenção prestada ainda deixa a desejar. Ainda é grande o percentual de gestantes acompanhadas no serviço com consultas atrasadas e início tardio do pré-natal. A maioria dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde para uma adequada assistência só são solicitados na primeira consulta e não são repetidos no início da 30^a semana. Além do mais, não há protocolos ou manuais técnicos adotados pelos profissionais de saúde para acompanhamento das gestantes e encaminhamentos para outros níveis de atenção. Ações educativas para gestantes se restringem aos momentos da consulta com médico ou enfermeira. Até o presente momento não há nenhum profissional especificamente responsável pela coordenação do Programa na unidade, e as formas de registros, inclusive os prontuários, são desorganizados, mal preenchidos e raramente monitoradas.

Com base no exposto acima, esta intervenção será de enorme importância para este grupo de pacientes, pois permitirá prevenir, detectar e tratar alterações da gravidez precocemente, reduzindo os índices de morbimortalidade materna e fetal. A ótima interação entre os membros da equipe e com a população da área adscrita são os maiores pilares para a realização dessas atividades. A busca ativa do público-alvo, qualificação dos profissionais de saúde, orientações em grupo, avaliação dos riscos, acompanhamento e o monitoramento das atividades, maior acesso à exames, imunizações e medicamentos também são aspectos que serão melhorados com a intervenção implementada, resultando, assim, em benefícios às mulheres cobertas pela ação.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade Básica de Saúde Ednaide Lopes no município de Rio Preto da Eva/Amazonas.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura do pré-natal
2. Melhorar a adesão ao pré-natal
3. Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade
4. Melhorar registro das informações
5. Mapear as gestantes de risco
6. Promover a Saúde no pré-natal

2.2.3 Metas

Reativas ao objetivo de ampliar a cobertura do pré-natal:

1. Ampliar a cobertura das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o programa de pré-natal na unidade de saúde para 95%;
2. Garantir a captação de 100% das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde no primeiro trimestre de gestação;
3. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica, com plano de tratamento, para 100% das gestantes cadastradas;
4. Realizar primeira consulta odontológica em 100% das gestantes classificadas como alto risco para doenças bucais.

Reativas ao objetivo de melhorar a adesão ao pré-natal.

5. Realizar busca ativa de 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal;
6. Fazer busca ativa de 100% das gestantes, com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas.

Reativas ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade.

7. Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes durante o pré-natal.
8. Realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal.
9. Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.
10. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de ABO-Rh, na primeira consulta.
11. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).
12. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de glicemia de jejum em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).
13. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de VDRL em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).
14. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).
15. Garantir a 100% das gestantes solicitação de testagem anti-HIV em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).
16. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg), na primeira consulta.
17. Garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), na primeira consulta.
18. Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina anti-tetânica.
19. Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina de Hepatite B.
20. Realizar avaliação de saúde bucal em 100% das gestantes durante o pré-natal.
21. Realizar exame de puerpério em 100% das gestantes entre o 30º e 42º dia do pós-parto.

22. Concluir o tratamento dentário em 100% das gestantes com primeira consulta odontológica.

Reativas ao objetivo de melhorar registro das informações.

23. Manter registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação em 100% das gestantes.

Reativas ao objetivo de mapear as gestantes de risco.

24. Avaliar risco gestacional em 100% das gestantes
25. Realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 100% das gestantes cadastradas na unidade de saúde.

Reativas ao objetivo de promover a Saúde no pré-natal.

26. Garantir a 100% das gestantes orientação nutricional durante a gestação.
27. Promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes.
28. Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir).
29. Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.
30. Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.
31. Dar orientações para 100% das gestantes e puérperas com primeira consulta odontológica em relação a sua higiene bucal.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Para a meta 1 “**ampliar a cobertura das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o programa**”

de pré-natal na unidade de saúde para 95%”, serão necessárias as ações de:

1.1. **Monitoramento e avaliação:** enfermeira responsável pelo coordenação do Programa irá rever mensalmente os registros do cadastro para assegurar-se da cobertura alcançada;

1.2. **Organização e gestão do serviço:** cadastrar todas as gestantes da área de cobertura da unidade de saúde registrando-as em arquivo específico criado para estes fins; acolher as gestantes; realizar buscar ativa das pacientes que não procuram a unidade de saúde conforme programado; priorizar atendimento à gestante (chegou, é atendida no mesmo turno e já saem da consulta do pré-natal de rotina com retorno agendado);

1.3. **Engajamento público:** esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do pré-natal e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde por meio de palestras educativas, esclarecimento durante reuniões do grupo de gestantes, na sala de espera ou durante consultas do pré-natal;

1.4. **Qualificação da prática clínica:** capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às gestantes ao final das reuniões com a equipe, semanalmente, na própria unidade, abordando a importância desta ação para essa população específica; a enfermeira ficará responsável por reunir, orientar e fiscalizar os ACS na execução da busca ativa de gestantes que não estão realizando o pré-natal em nenhum serviço;

Para a meta 2. **“Garantir a captação de 100% das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde no primeiro trimestre de gestação”,** serão necessárias as ações de:

2.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira responsável pelo Programa irá rever as fontes de registros da UBS a fim de monitorar quinzenalmente o percentual de gestantes que ingressaram no programa de pré-natal no primeiro trimestre;

2.2. **Organização e gestão do serviço:** realizar agendamento imediato para queixas de atraso menstrual; garantir com o gestor municipal e laboratório do Hospital (onde são feitos os exames), agilidade para a realização do teste de gravidez; priorizar atendimento à gestante (chegou é atendido no mesmo turno e já sai com retorno agendado);

2.3. Engajamento público: informar a comunidade sobre as facilidades oferecidas no município para o diagnóstico de gestação; conversar sobre a importância do ingresso precoce no pré-natal; ouvir a comunidade sobre estratégias de captação precoce; esclarecer a comunidade sobre a atenção prioritária às gestantes na unidade de saúde;

2.4 Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe, desde os profissionais da recepção até os profissionais de saúde, de forma que esteja apta a prestar informações sobre as facilidades oferecidas no município para o diagnóstico de gestação, a importância da captação precoce ao programa de pré-natal e a prioridade ao atendimento à gestante ofertado por nossa UBS. O médico e o enfermeiro será responsável por liderar essa capacitação a ser realizada uma vez por semana na própria UBS ao final das reuniões de equipe.

Para a meta de 3. **“Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica, com plano de tratamento, para 100% das gestantes cadastradas”**, serão necessárias as ações de:

3.1. Monitoramento e avaliação: a enfermeira irá monitorar número de gestantes e recém-nascidos cadastrados no programa;

3.2. Organização e gestão do serviço: a enfermeira e a equipe de saúde bucal irá organizar o acolhimento à gestante na unidade de saúde; estes acima irão também organizar a agenda de saúde bucal para atendimento das gestantes, que terão atendimento prioritário (serão atendidas no mesmo dia ou no máximo agendadas para três dias de demora).

3.3. Engajamento público: A equipe de saúde bucal do posto (de preferência a técnica ou auxiliar de consultório dentário) e os ACS ficarão responsáveis por informar a comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário de gestantes na UBS, sua importância durante a gestação, necessidade de exames bucais. Eles também ficarão responsáveis por ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de gestantes. A enfermeira coordenadora do Programa fiscalizará o empenho da equipe nestas ações.

3.4. Qualificação da prática clínica: A enfermeira em conjunto com a equipe de saúde bucal ficarão responsável por capacitar a equipe a realizar o acolhimento da gestante de acordo com o Manual do Ministério da Saúde nº32 bem como para realizar o cadastramento, identificação em encaminhamento de

gestantes para o programa. A enfermeira irá acionar, orientar e fiscalizar os ACS na ação de captação das gestantes para o Programa.

Para a meta.4: **“realizar primeira consulta odontológica em 100% das gestantes classificadas como alto risco para doenças bucais”**, serão necessárias as ações de:

4.1. **Monitoramento e avaliação:** enfermeira irá rever quinzenalmente os registros criados para este fim de forma a assegurar a realização de primeira consulta odontológica das gestantes classificadas como alto risco

4.2. **Organização e gestão do serviço:** a enfermeira e a equipe de saúde bucal irá organizar o acolhimento à gestante na unidade de saúde; estes acima irão também organizar a agenda de saúde bucal para atendimento das gestantes de alto risco, que terão atendimento prioritário (serão atendidas no mesmo turno).

4.3. **Engajamento público:** A equipe de saúde bucal do posto (de preferência a técnica ou auxiliar de consultório dentário) e os ACS ficarão responsáveis por informar a comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário de gestantes de alto risco na UBS, sua importância durante a gestação, necessidade de exames bucais.

4.4. **Qualificação da prática clínica:** A enfermeira em conjunto com a equipe de saúde bucal da UBS ficarão responsáveis por capacitar toda a equipe a prestar informações à comunidade sobre atendimento odontológico prioritário à gestante de alto risco e de sua importância durante a gestação. A equipe será treinada também a esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Para a meta 5 **“realizar busca ativa de 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal”**, serão necessárias as ações de:

5.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira coordenadora do programa de pré-natal revisará quinzenalmente o livro de registro específico para gestantes acompanhadas pela unidade de modo a identificar aquelas faltosas às consultas.

5.2. **Organização e gestão do serviço:** Em casos de gestantes faltosas à consulta, a enfermeira irá acionar o ACS para que realize busca ativa dessas gestantes por meio de visitas domiciliares. Para agendar as consultas provenientes das buscas ativas serão reservadas 5 consultas por semana,

Para que não alterem a organização da agenda semanal da UBS o atendimento a estas gestantes serão priorizados nas fichas disponíveis para casos agudos disponibilizadas todos os dias pela UBS.

5.3. Engajamento público: Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e outros grupos sociais (escolas, igrejas) existentes na área de abrangência e apresentaremos o Projeto da UBS, informando-os sobre a importância do pré-natal e do acompanhamento regular. Nesse encontro buscaremos dialogar com a comunidade estratégias para que não ocorra a evasão das gestantes do programa de Pré-natal e estratégias para melhorar a acessibilidade e atendimento.

5.4. Qualificação da prática clínica: Semanalmente, após as visitas domiciliares, a enfermeira e o médico irão se reunir com a equipe na própria UBS para promover um treinamento com objetivo de capacitar a equipe a prestar informação à população com relação a importância do pré-natal e do acompanhamento regular das gestantes. Essa ação deverá abranger todos da equipe, inclusive funcionários da recepção.

Para a meta 6 **“fazer busca ativa de 100% das gestantes, com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas,** serão necessárias as ações de: “

6.1. Monitoramento e avaliação: a enfermeira revisará o livro de registro de modo a monitorar a periodicidade das consultas e identificar gestantes faltosas à consulta.

6.2. Organização e gestão do serviço: a própria enfermeira será responsável por acionar o ACS para que o mesmo realize a busca ativa de gestantes faltosas e agende sua consulta. Para agendar as consultas provenientes da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana, sem que estas alterem a organização da agenda semanal da UBS. Estas consultas serão priorizadas nas fichas disponíveis para casos agudos disponibilizadas todos os dias pela UBS.

6.3. Engajamento público: ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e o atendimento através da aproximação da equipe com a associação de moradores, representantes da comunidade, líderes religiosos e com escolas presentes na área de abrangência.

6.4. Qualificação da prática clínica: Semanalmente, após as reuniões da equipe, a enfermeira em associação com a equipe de saúde bucal da UBS se responsabilizarão por capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal. A enfermeira ficará também responsável por capacitar, orientar e fiscalizar os ACS para realização de buscas as gestantes faltosas a primeira consulta odontológica.

Para a meta 7 “**realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes durante o pré-natal**”, serão necessárias ações de:

7.1. Monitoramento e avaliação. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as mulheres que vieram para o serviço de pré-natal no último mês. A profissional localizará os prontuários destas gestantes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para ficha de espelho e a ficha complementar. Esta última será elaborada pelo médico e conterá informações não previstas em outras fontes de dados, dentre elas a informação sobre a realização de pelo menos um exame ginecológico por trimestre nas gestantes acompanhadas pela UBS.

7.2 Organização e gestão do serviço: a enfermeira responsável pelo monitoramento anexará uma observação sobre gestantes que não realizaram pelo menos um exame ginecológico no trimestre na ficha complementar. Esta ficha será anexada ao prontuário da gestante e deverá ser analisada pelo profissional responsável pelo atendimento para orientar realização de das condutas necessárias.

7.3. Engajamento público: Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de realizar o exame ginecológico durante o pré-natal e sobre a segurança do exame por meio de palestras educativas, esclarecimento em reuniões do grupo de gestantes, sala de espera e durante as consultas.

7.4. Qualificação da prática clínica: O médico e as enfermeiras, responsáveis pelo atendimento irão capacitar-se mutuamente para realização do exame ginecológico nas gestante adotando o Manual Técnico de Pré-natal e puerpério para nortear essa capacitação. Estas reuniões de capacitação acontecerão na própria UBS nas últimas duas horas do expediente uma vez por semana. A equipe será incentivada a efetuar o registro quanto a realização

do exame ginecológico no prontuário, informação esta a ser anotada na ficha complementar pela enfermeira durante revisão do prontuário para adequado monitoramento.

Para a meta 8 “realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal”, serão necessárias ações de:

8.1. **Monitoramento e avaliação:** De forma análoga ao que foi detalhado acima, a enfermeira revisará mensalmente os prontuários de todas as mulheres que vieram para o serviço de pré-natal no último mês, transcrevendo a informação sobre a realização (ou não) de pelo menos um exame de mamas em todas as gestantes na ficha complementar.

8. 2. **Organização e gestão do serviço:** a enfermeira responsável pelo monitoramento anexará uma observação sobre gestantes que não realizaram pelo menos um exame de mamas durante o pré-natal na ficha complementar. Esta ficha será anexada ao prontuário da gestante e deverá ser analisada pelo profissional responsável pelo atendimento para orientar realização de das condutas necessárias.

8.3. **Engajamento público:** Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de realizar o exame de mama durante a gestação e sobre os cuidados com a mama para facilitar a amamentação por meio de palestras educativas, esclarecimento em reuniões do grupo de gestantes, sala de espera e durante as consultas.

8. 4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para realizar o exame de mamas nas gestantes; capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame de mamas. Estas reuniões de capacitação deverão envolver médico e enfermeiras, ocorrer uma vez por semana nas duas últimas horas do expediente.

Para a meta 9 “**garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo**”, serão necessárias as seguintes ações:

9.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira irá monitorar a prescrição de suplementação de ferro/ácido fólico em todas as gestantes mensalmente

9.2. **Organização e gestão do serviço:** garantir acesso facilitado ao sulfato ferroso e ácido fólico.

9.3. **Engajamento público:** esclarecer a comunidade sobre a importância da suplementação de ferro/ ácido fólico para a saúde da criança e da gestante por meio de palestras educativas, em reuniões em grupos de gestantes, sala de espera e durante as consultas

9.4. **Qualificação da prática clínica:** capacitar a equipe para a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico para as gestantes. Capacitação deverá envolver médicos e enfermeiras, ocorrer uma vez por semana nas duas últimas horas do expediente.

Para a meta 10. **“garantir a 100% das gestantes a solicitação de ABO-Rh, na primeira consulta”**, serão necessárias as ações de:

10.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira irá monitorar a solicitação de exame ABO-Rh na primeira consulta, de forma a assegurar a solicitação para todas as gestantes;

10.2. **Organização e gestão do serviço:** identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame; demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes; estabelecer sistemas de alerta para a realização do exame ABO-Rh.

10.3. **Engajamento público:** mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas por meio de palestras com vistas a fomentar o controle social;

10.4. **Qualificação da prática clínica:** capacitar a equipe para a solicitação de ABO-Rh de acordo com Manual Técnico de Pré-natal e puerpério do MS; capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame ABO-Rh. Essa capacitação deverá envolver toda a equipe, sendo a presença do médico e das enfermeiras obrigatórias, devendo ocorrer de forma semanal após as visitas domiciliares na própria UBS.

Para a meta 11 **“garantir a 100% das gestantes a solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação)”**, serão necessárias ações de:

11.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira irá monitorar a solicitação de exame de hemoglobina/hematócrito através de revisão dos

registros específicos a serem monitorados mensalmente, a fim de garantir a solicitação em todas as gestantes;

11.2. **Organização e gestão do serviço:** a enfermeira em associação com a gestora administrativa da UBS irá identificar problemas de agendamento, realização e devolução do resultado do exame; demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes; além disso serão adotados sistemas de alerta em ficha específica produzida para estes fins para planejamento da realização do exame de hemoglobina/hematócrito.

11.3. **Engajamento público:** Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas. Essas ações de incentivo ao controle social ocorrerão através de palestras, esclarecimentos em grupos de gestantes e sala de espera e durante as consultas. Buscaremos contato com representantes e lideranças da comunidade, a fim de fortalecer esta ação.

11.4. **Qualificação da prática clínica:** capacitar a equipe para a solicitação de hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame hemoglobina/hematócrito.

Para a meta 12 “**garantir a 100% das gestantes a solicitação de glicemia de jejum em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação)**”, serão necessárias as ações de:

12.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira irá monitorar a solicitação de exame de glicemia de jejum, na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação através de revisão dos registros específicos a serem monitorados mensalmente, a fim de garantir a solicitação em todas as gestantes;

12.2. **Organização e gestão do serviço:** a enfermeira em associação com a gestora administrativa da UBS irá identificar problemas de agendamento, realização e devolução do resultado do exame; demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes; serão também adotados sistemas de alerta em ficha específica produzida para estes fins para planejamento da realização do exame de hemoglobina/hematócrito.

12.3. **Engajamento público:** Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames

laboratoriais vinculados a ações programáticas. Essas ações de incentivo ao controle social ocorrerão através de palestras, esclarecimentos em grupos de gestantes e sala de espera e durante as consultas. Buscaremos contato com representantes e lideranças da comunidade, a fim de fortalecer esta ação.

12.4. Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe, sobretudo o médico e as enfermeiras, para a solicitação de glicemia de jejum, a ser pedido da seguinte forma: um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação. Outro aspecto seria capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização da glicemia. Essa capacitação seria na própria UBS durante reuniões semanais com a equipe, sendo a presença do médico e/ou do enfermeiro obrigatória.

Para a meta 13. **“Garantir a 100% das gestantes a solicitação de VDRL em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação)”**, serão necessárias ações de:

13.1. Monitoramento e avaliação: a enfermeira irá monitorar a solicitação de exame VDRL, na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação através de revisão dos registros específicos a serem monitorados mensalmente, a fim de garantir a solicitação em todas as gestantes;

13.2. Organização e gestão do serviço: a enfermeira em associação com a gestora administrativa da UBS irá identificar problemas de agendamento, realização e devolução do resultado do exame; demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes; serão também adotados sistemas de alerta em ficha específica produzida para estes fins para planejamento da realização do exame de VDRL

13.3. Engajamento público: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas. Essas ações de incentivo ao controle social e participação da comunidade ocorrerão através de palestras, esclarecimentos em grupos de gestantes e sala de espera e durante as consultas. Buscaremos também contato com representantes e lideranças da comunidade, a fim de fortalecer esta ação.

13.4. Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe, sobretudo o médico e as enfermeiras, para a solicitação de VDRL, a ser pedido da seguinte forma: um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de

gestação. Outro aspecto seria capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização VDRL. Essa capacitação seria na própria UBS durante reuniões semanais com a equipe, sendo a presença do médico e/ou do enfermeiro obrigatória.

Para a meta 14 “**garantir a 100% das gestantes a solicitação de exame de Urina tipo 1 (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação)**”, serão necessárias ações de:

14.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira irá monitorar a solicitação de exame Urina tipo 1, na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação através de revisão dos registros específicos a serem monitorados mensalmente, a fim de garantir a solicitação em todas as gestantes;

14. 2. **Organização e gestão do serviço:** a enfermeira em associação com a gestora administrativa da UBS irá identificar problemas de agendamento, realização e devolução do resultado do exame; demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes; serão também adotados sistemas de alerta em ficha específica produzida para estes fins para planejamento da realização do exame de Urina tipo 1.

14.3. **Engajamento público:** Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas. Essas ações de incentivo ao controle social e participação da comunidade ocorrerão através de palestras, esclarecimentos em grupos de gestantes e sala de espera e durante as consultas. Buscaremos também contato com representantes e lideranças da comunidade, a fim de fortalecer esta ação.

14.4. **Qualificação da prática clínica:** capacitar a equipe, sobretudo o médico e as enfermeiras, para a solicitação do exame Urina tipo 1, a ser pedido da seguinte forma: um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação. Outro aspecto seria capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame Urina tipo 1. Essa capacitação seria na própria UBS durante reuniões semanais com a equipe, sendo a presença do médico e/ou do enfermeiro obrigatória.

Para a meta 15. **“garantir a 100% das gestantes solicitação de testagem anti-HIV em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação)”**, serão necessárias ações de:

15.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira irá monitorar a solicitação de exame da testagem anti-HIV, na primeira consulta e próximo à 30ª semana de gestação, através de revisão dos registros específicos a serem monitorados mensalmente, a fim de garantir a solicitação em todas as gestantes;

15.2. **Organização e gestão do serviço:** a enfermeira em associação com a gestora administrativa da UBS irá identificar problemas de agendamento, realização e devolução do resultado do exame; demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes; serão também adotados sistemas de alerta em ficha específica produzida para estes fins para planejamento da realização do exame de testagem do HIV.

15.3. **Engajamento público:** Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas. Essas ações de incentivo ao controle social e participação da comunidade ocorrerão através de palestras, esclarecimentos em grupos de gestantes e sala de espera e durante as consultas. Buscaremos também contato com representantes e lideranças da comunidade, a fim de fortalecer esta ação.

15.4. **Qualificação da prática clínica:** capacitar a equipe, sobretudo o médico e as enfermeiras, para a solicitação do exame de testagem do HIV, a ser pedido da seguinte forma: um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação. Outro aspecto seria capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização do exame de testagem do HIV. Essa capacitação seria na própria UBS durante reuniões semanais com a equipe, sendo a presença do médico e/ou do enfermeiro obrigatória.

Para a meta 16 **“garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg), na primeira consulta”**, serão necessárias as ações de:

16.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira irá monitorar a solicitação de exame para hepatite B (HBsAg), na primeira consulta, através de

revisão dos registros específicos a serem monitorados mensalmente, a fim de garantir a solicitação em todas as gestantes;

16.2. Organização e gestão do serviço: a enfermeira em associação com a gestora administrativa da UBS irá identificar problemas de agendamento, realização e devolução do resultado do exame; demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes; serão também adotados sistemas de alerta em ficha específica produzida para estes fins para planejamento da realização da sorologia para hepatite B (HBsAg);

16.3. Engajamento público: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas. Essas ações de incentivo ao controle social e participação da comunidade ocorrerão através de palestras, esclarecimentos em grupos de gestantes e sala de espera e durante as consultas. Buscaremos também contato com representantes e lideranças da comunidade, a fim de fortalecer esta ação;

16.4. Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe, sobretudo o médico e as enfermeiras, para a solicitação do exame de sorologia para hepatite B (HBsAg), a ser pedido na primeira consulta do pré-natal. Outro aspecto seria capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização da sorologia para hepatite B (HBsAg) . Essa capacitação seria na própria UBS durante reuniões semanais com a equipe, sendo a presença do médico e/ou do enfermeiro obrigatória.

Para a meta 17. **“garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), na primeira consulta (se disponível)”**, serão necessárias as ações de:

17.1. Monitoramento e avaliação: a enfermeira irá monitorar a solicitação de sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), na primeira consulta, através de revisão dos registros específicos a serem monitorados mensalmente, a fim de garantir a solicitação em todas as gestantes;

17.2. Organização e gestão do serviço: a enfermeira em associação com a gestora administrativa da UBS irá identificar problemas de agendamento, realização e devolução do resultado do exame; demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento das gestantes; serão também

adotados sistemas de alerta em ficha específica produzida para estes fins para planejamento da realização da sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM)

17.3. Engajamento público: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas. Essas ações de incentivo ao controle social e participação da comunidade ocorrerão através de palestras, esclarecimentos em grupos de gestantes e sala de espera e durante as consultas. Buscaremos também contato com representantes e lideranças da comunidade, a fim de fortalecer esta ação;

17.4. Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe, sobretudo o médico e as enfermeiras, para a solicitação do exame de sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) a ser pedido na primeira consulta do pré-natal. Outro aspecto seria capacitar a equipe para identificação de sistemas de alerta quanto à realização da sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM). Essa capacitação seria na própria UBS durante reuniões semanais com a equipe, sendo a presença do médico e/ou do enfermeiro obrigatória.

Para a meta 18. **“garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina anti-tetânica”**, serão necessárias as ações de:

18.1. Monitoramento e avaliação: a enfermeira irá monitorar a realização da vacinação anti-tetânica, através de revisão dos registros específicos a serem monitorados mensalmente, a fim de garantir que todas as gestantes sejam vacinadas.

18.2. Organização e gestão do serviço: a enfermeira em associação com a gestora administrativa da UBS irá identificar problemas quanto a realização da vacina (feita fora da UBS) para que não ocorra atrasos; a enfermeira revisará o livro de registro das gestantes atendidas no últimos mês e através da revisão dos prontuários destas gestantes transcreverá para uma ficha complementar informações sobre a imunização da gestantes. Caso esta esteja atrasado a enfermeira anexará uma anotação sobre o atraso e acionará o ACS para que realize uma visita domiciliar a fim de assegurar a vacinação. Na próxima ida dessa gestante a UBS, o profissional responsável pelo atendimento checará se a vacinação está atualizada, e em caso de negativo encaminhará a gestante ao PNI do município no mesmo dia.

18.3. Engajamento público: esclarecer a gestante sobre a importância da realização da vacinação completa por meio de palestras educativas, esclarecimentos em grupos de gestantes, na sala de espera e durante as consultas. Buscar apoio de representantes da comunidade e grupos sociais na área de abrangência para fortalecer esta ação.

18.4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe sobre a necessidade de realização de vacinas na gestação de acordo com o calendário do MS. Essa capacitação seria na própria UBS durante reuniões semanais. Capacitar a equipe em relação ao sistema de alerta acima detalhado para monitoramento da realização das vacinas.

Para a meta 19 “garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina de Hepatite B”, serão necessárias as ações de:

18.1. Monitoramento e avaliação: a enfermeira irá monitorar a realização da vacinação para hepatite B, através de revisão dos registros específicos a serem monitorados mensalmente, a fim de garantir que todas as gestantes sejam vacinadas

18.2. Organização e gestão do serviço: a enfermeira em associação com a gestora administrativa da UBS irá identificar problemas quanto a realização da vacina (feita fora da UBS) para que não ocorra atrasos; a enfermeira revisará o livro de registro das gestantes atendidas no últimos mês e através da revisão dos prontuários destas gestantes transcreverá para uma ficha complementar informações sobre a imunização da gestantes. Caso esta esteja atrasado a enfermeira anexará uma anotação sobre o atraso e acionará o ACS para que realize uma visita domiciliar a fim de assegurar a vacinação. Na próxima ida dessa gestante a UBS, o profissional responsável pelo atendimento checará se a vacinação está atualizada, e em caso de negativo encaminhará a gestante ao PNI do município no mesmo dia.

18.3. Engajamento público: esclarecer a gestante sobre a importância da realização da vacinação completa por meio de palestras educativas, esclarecimentos em grupos de gestantes, na sala de espera e durante as consultas. Buscar apoio de representantes da comunidade e grupos sociais na área de abrangência para fortalecer esta ação.

18.4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe sobre a necessidade de realização de vacinas na gestação de acordo com o calendário do MS. Essa capacitação seria na própria UBS durante reuniões semanais. Capacitar a equipe em relação ao sistema de alerta acima detalhado para monitoramento da realização das vacinas.

Para a meta 19 “**realizar avaliação de saúde bucal em 100% das gestantes durante o pré-natal**”, serão necessárias as ações de:

19.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira em conjunto com a equipe de saúde bucal da UBS irá monitorar a realização da avaliação da saúde bucal em gestantes, através de revisão dos registros específicos produzidos para estes fins e que serão monitorados mensalmente, com o objetivo de que todas as gestantes sejam avaliadas.

19.2. **Organização e gestão do serviço:** a enfermeira em associação com equipe de saúde bucal irão organizar a agenda para realização da consulta bucal às gestantes. Gestantes terão prioridade no atendimento odontológico (serão atendidas no mesmo dia e sairão com retorno agendado). O ACS realizará busca ativa das gestantes faltosas às consultas de saúde bucal identificados através do monitoramento desempenhado pela enfermeira.

19.3. **Engajamento público:** criar oportunidades para conversar com a comunidade sobre a importância da atenção à saúde bucal para gestantes e sobre a necessidade de prioridade no atendimento desta população alvo por meio de palestras educativas, esclarecimentos em grupos de gestantes, sala de espera e durante as consultas.

19.4. **Qualificação da prática clínica:** a enfermeira em conjunto com a equipe de saúde bucal da UBS ficarão responsáveis por capacitar toda a equipe a prestar informações à comunidade sobre a importância da atenção à saúde bucal para gestantes e sobre a necessidade de prioridade no atendimento desta população alvo com base em protocolos. Essa capacitação será na própria UBS durante reuniões semanais. Capacitar a equipe em relação ao sistema de alerta acima detalhado para monitoramento da avaliação da saúde bucal às gestantes.

Para a meta 20 “**realizar exame de puerpério em 100% das gestantes entre o 30º e 42º dia do pós-parto**”, serão necessárias ações de:

20.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira ficará responsável por monitorar a realização de avaliação puerperal das gestantes, através de revisão dos registros específicos criados para estes fins, e que devem ser monitorados mensalmente, a fim de garantir que todas as gestantes realizem exame de puerpério entre o 30º e 42º dia do pós-parto

20. .2. **Organização e gestão do serviço:** mulheres em puerpério terão prioridade no atendimento (serão atendidas no mesmo dia). O ACS fará busca ativa das mulheres que fizeram pré-natal no serviço cuja data provável do parto tenha ultrapassado 30 dias sem que tenha sido realizada a revisão de puerpério.

20.3. **Engajamento público:** criar oportunidades para esclarecer a comunidade e as gestantes sobre a importância da revisão de puerpério abordando temas como métodos de anticoncepção, vida sexual, aleitamento materno exclusivo. Palestras educativas, esclarecimentos em grupos de gestantes, sala de espera, durante as consultas e visitas domiciliares serão alguns dos contatos com as usuárias para promoção da revisão puerperal.

20.4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar os profissionais para realizar consulta de puerpério abordando métodos de anticoncepção, vida sexual, aleitamento materno exclusivo. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS durante reuniões semanais da equipe. Outro aspecto que será abordado refere-se ao sistema de alerta acima detalhado para assegurar realização da revisão puerperal das gestantes acompanhadas no serviço.

Para a meta. 21. “**concluir o tratamento dentário em 100% das gestantes com primeira consulta odontológica**”, serão necessárias ações de:

21.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira ficará responsável por monitorar a conclusão do tratamento dentário através de revisão dos registros específicos criados para estes fins, e que devem ser monitorados mensalmente, a fim de garantir que todas as gestantes concluam o tratamento dentário;

21.2. **Organização e gestão do serviço:** a enfermeira em conjunto com a equipe de saúde da UBS irá organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento das gestantes. A gestora administrativa da UBS ficará responsável por garantir com o gestor o

fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e o oferecimento de serviços diagnósticos.

21.3. **Engajamento público:** iremos esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário, através de palestras educativas na UBS, esclarecimentos em reuniões em grupos de gestantes, sala de espera e durante as consultas.

21.4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar os profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério. Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais da gestação, como a cárie e as doenças periodontais. Essa capacitação será na própria UBS abrangendo toda a equipe, uma vez por semana, nas duas últimas horas do expediente.

Para a meta 22 “**manter registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação em 100% das gestantes**”, serão necessárias as ações de:

22.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira e o médico serão responsáveis por monitorar o registro de todos os acompanhamentos da gestante na ficha espelho de pré-natal/vacinação durante todas as consultas. Será avaliado o número de gestantes com ficha espelho atualizada (registro de BCF, altura uterina, pressão arterial, vacinas, medicamentos e exames laboratoriais).

22.2. **Organização e gestão do serviço:** Preencher o SISPRENATAL e ficha de acompanhamento. Implantar ficha-espelho da carteira da gestante. Organizar registro específico para a ficha-espelho.

22.3. **Engajamento público:** Esclarecer a gestante sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário através de palestras educativas na UBS, esclarecimentos em reuniões em grupos de gestantes, sala de espera e durante as consultas.

22.4. **Qualificação da prática clínica:** Treinar o preenchimento do SISPRENATAL e ficha espelho com a equipe.

Para a meta 23. “**avaliar risco gestacional em 100% das gestantes**”, serão necessárias as ações de:

23.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira e o médico irá monitorar o registro na ficha de espelho do risco gestacional por trimestre e o número de encaminhamentos para o alto risco

23.2. **Organização e gestão do serviço:** a enfermeira e o médico serão responsáveis por identificar na Ficha Espelho as gestantes de alto risco gestacional. Estas serão encaminhadas para atendimento especializado. A enfermeira em conjunto com a gestora administrativa da UBS ficarão responsável por garantir vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar.

23. 3. **Engajamento público:** Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais adequado referenciamento das gestantes de risco gestacional através de palestras educativas na UBS, reuniões com grupos de gestantes, conversas na sala de espera ou durante as consultas. A Equipe buscará contato com representantes da comunidade buscando apoio para fortalecer essa ação.

23.4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar os profissionais que realizam o pré-natal para classificação do risco gestacional em cada trimestre e manejo de intercorrências. Reuniões ocorrerão na própria UBS, uma vez por semana nas duas últimas horas do expediente. Abrangerá toda a equipe e será baseado no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do MS.

Para a meta 24. “**realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 100% das gestantes cadastradas na unidade de saúde**”, serão necessárias as ações de:

24.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira em conjunto com a equipe de saúde bucal da UBS irá monitorar demanda por atendimento odontológico considerando critérios de risco e vulnerabilidade.

24.2. **Organização e gestão do serviço:** enfermeira em associação com equipe de saúde bucal irão organizar a agenda de consultas de maneira a atender as gestantes com maior prioridade. O ACS realizará busca ativa das gestantes faltosas às consultas de saúde bucal identificados através do monitoramento desempenhado pela enfermeira.

5.2.3. **Engajamento público:** esclarecer a comunidade sobre a importância da existência de horários específicos para atendimento as gestante

por meio de palestras educativas, esclarecimentos no acolhimento, sala de espera, durante as consultas e em reuniões com grupo de gestantes.

24.4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para identificar as gestantes com prioridade no atendimento odontológico. Capacitar a equipe de saúde bucal para dar apoio aos demais profissionais de saúde.

Para a meta 25. “**garantir a 100% das gestantes orientação nutricional durante a gestação**”, serão necessárias ações de:

25.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira e o médico irão monitorar a realização da orientação nutricional durante a gestação através da revisão mensal do prontuário e anotação dessa informação em um registro específico (ficha complementar).

25.2. **Organização e gestão do serviço:** será estabelecida parceria com a nutricionista do município para contar com sua participação na promoção da alimentação saudável para a gestante.

25.3. **Engajamento público:** todas as gestantes acompanhadas nos serviços serão encaminhadas aos grupos de gestantes para que recebam dicas de alimentação saudável. Como nem todas participam do grupo, a equipe será treinada a ofertar esse tipo de informação na sala de espera, acolhimento, durante consultas e na forma de palestras educativas.

25.4. **Qualificação da prática clínica:** capacitar a equipe para fazer orientação nutricional de gestantes e acompanhamento do ganho de peso na gestação.

Para a meta 26 “**promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes**”, serão necessárias ações de:

26.1. **Monitoramento e avaliação:** o médico e a enfermeira irão monitorar a realização da orientação sobre o aleitamento materno durante a gestação através da revisão mensal do prontuário e anotação dessa informação em um registro específico (ficha complementar). Farão ainda o monitoramento da duração do aleitamento materno entre as nutrizes que fizeram pré-natal na unidade de saúde.

26.2. **Organização e gestão do serviço:** propiciar o encontro de gestantes e nutrizes e conversas sobre facilidades e dificuldades da amamentação.

26.3. **Engajamento público:** conversar com a comunidade, a gestante e seus familiares sobre o que eles pensam em relação ao aleitamento materno. Desmistificar a idéia de que criança "gorda" é criança saudável.

26.4. **Qualificação da prática clínica:** capacitar a equipe para fazer promoção do aleitamento materno.

Para a meta 27. “**orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir)**”, serão necessárias as ações de:

27.1. **Monitoramento e avaliação:** o médico e a enfermeira irão monitorar a realização da orientação sobre os cuidados com o recém-nascido através da revisão mensal do prontuário e anotação dessa informação em um registro específico (ficha complementar).

27.2. **Organização e gestão do serviço:** Além do médico e da enfermeira, outros membros da equipe (técnico de enfermagem, ACS) serão treinados de forma a estarem aptos para prestar orientações sobre cuidados com o recém nascido. Buscará estabelecer um sistema de alerta para assegurar que todas as gestantes recebam estas orientações.

27.3 **Engajamento público:** orientar a comunidade em especial gestantes e seus familiares sobre os cuidados com o recém- nascido através de palestras educativas, esclarecimentos em reuniões em grupos de gestantes, na sala de espera e durante as consultas.

27.4. **Qualificação da prática clínica:** capacitar a equipe para orientar os usuários do serviço em relação aos cuidados com o recém-nascido em reuniões semanais na própria UBS se orientando por protocolos.

Para a meta 28. “**orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto**”, serão necessárias as ações de:

28.1. **Monitoramento e avaliação:** o médico e a enfermeira irão monitorar a realização da orientação anticoncepção após o parto recebida durante o pré-natal através da revisão mensal do prontuário e anotação dessa informação em um registro específico (ficha complementar).

28.2. **Organização e gestão do serviço:** Além do médico e da enfermeira, outros membros da equipe (técnico de enfermagem, ACS) serão treinado de forma a estarem aptos para prestar orientações sobre

anticoncepção após o parto. Buscará estabelecer um sistema de alerta para assegurar que todas as gestantes recebam estas orientações.

28.3. **Engajamento público:** Orientar a comunidade, em especial gestantes e seus familiares, sobre anticoncepção após o parto através de palestras educativas, esclarecimentos em reuniões em grupos de gestantes, na sala de espera e durante as consultas.

28.4. **Qualificação da prática clínica:** o médico e a enfermeira se responsabilizarão por capacitar a equipe para orientar os usuários do serviço em relação à anticoncepção após o parto. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, uma vez por semana ao final do expediente, abrangendo toda a equipe.

Para a meta 29 “**orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação**”, serão necessárias as ações de:

29.1. **Monitoramento e avaliação:** A enfermeira irá monitorar as orientações sobre os riscos do tabagismo e do consumo do álcool e de drogas recebidas durante a gestação através da revisão mensal do prontuário e anotação dessa informação em um registro específico (ficha complementar).

29.2. **Organização e gestão do serviço:** Além do médico e da enfermeira, outros membros da equipe (técnico de enfermagem, ACS) serão treinados de forma a estarem aptos para prestar orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação . Buscará estabelecer um sistema de alerta para assegurar que todas as gestantes recebam estas orientações.

29.3. **Engajamento público:** orientar a comunidade, em especial gestantes e seus familiares, sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas durante a gestação através de palestras educativas, esclarecimentos em reuniões em grupos de gestantes, na sala de espera e durante as consultas.

29.4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para apoiar as gestantes que quiserem parar de fumar, beber e consumir drogas ilícitas.

Para a meta 30. “**dar orientações para 100% das gestantes e puérperas com primeira consulta odontológica em relação a sua higiene bucal**”, serão necessárias ações de:

30.1. **Monitoramento e avaliação:** a enfermeira irá monitorar as atividades educativas individuais em higiene bucal através da revisão mensal do prontuário e anotação dessa informação em um registro específico (ficha complementar).

30.2. **Organização e gestão do serviço:** a equipe de saúde bucal organizará um tempo médio de consultas com a finalidade de assegurar orientações em nível individual.

30.3. **Engajamento público:** a equipe de saúde bucal se responsabilizará por orientar as gestantes e puérperas sobre a importância da prevenção e detecção precoce da cárie dentária e dos principais problemas de saúde bucal na gestação

30.4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Meta 1: Ampliar a cobertura das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o programa de pré-natal na unidade de saúde para 95%.

Indicador 1: Proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério.

Numerador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Denominador: Número de gestantes pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Garantir a captação de 100% das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde no primeiro trimestre de gestação.

Indicador 2: Proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação.

Numerador: Número de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

Denominador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica, com plano de tratamento, para 100% das gestantes cadastradas.

Indicador 3: Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de gestantes da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Denominador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4: Realizar primeira consulta odontológica em 100% das gestantes classificadas como alto risco para doenças bucais.

Indicador 4: Proporção de gestantes de alto risco com primeira consulta odontológica

Numerador: Número de gestantes classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Denominador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde classificadas como alto risco.

Meta 5: Realizar busca ativa de 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal.

Indicador 5: Proporção de gestantes faltosas às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério da unidade de saúde buscadas pelo serviço.

Denominador: Número de gestantes faltosas às consultas de pré-natal cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério da unidade de saúde.

Meta 6: Fazer busca ativa de 100% das gestantes, com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas.

Indicador 6: Proporção de busca ativa realizada às gestantes faltosas às consultas odontológicas.

Numerador: Número total de buscas realizadas às gestantes da área de abrangência cadastradas (com primeira consulta) na unidade de saúde faltosas na consulta odontológica.

Denominador: Número de consultas odontológicas não realizadas pelas gestantes da área de abrangência cadastradas (com primeira consulta) na unidade de saúde.

Meta 7: Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Indicador 7: Proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre.

Numerador: Número de gestantes com exame ginecológico em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 8: Realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Indicador 8: Proporção de gestantes com pelo menos um exame das mamas durante o pré-natal.

Numerador: Número de gestantes com exame das mamas em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 9: Garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

Indicador 9: Proporção de gestantes com prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico.

Numerador: Número de gestantes com suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 10: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de ABO-Rh, na primeira consulta.

Indicador 10: Proporção de gestantes com solicitação de ABO-Rh na primeira consulta.

Numerador: Número de gestantes com solicitação de ABO-Rh.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

Indicador 11: Proporção de gestantes com solicitação de hemoglobina / hematócrito em dia.

Numerador: Número de gestantes com solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 12: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de glicemia de jejum em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

Indicador 12: Proporção de gestantes com solicitação de glicemia de jejum em dia.

Numerador: Número de gestantes com solicitação de glicemia de jejum em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 13: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de VDRL em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

Indicador 13: Proporção de gestantes com solicitação de VDRL em dia.

Numerador: Número de gestantes com solicitação de VDRL em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 14: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

Indicador 14: Proporção de gestantes com solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia.

Numerador: Número de gestantes com solicitação de exame de urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 15: Garantir a 100% das gestantes solicitação de testagem anti-HIV em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

Indicador 15: Proporção de gestantes com solicitação de testagem anti-HIV em dia.

Numerador: Número de gestantes com solicitação de testagem anti-HIV em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 16: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg), na primeira consulta.

Indicador 16: Proporção de gestantes com solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg).

Numerador: Número de gestantes com solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg) em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 17: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), na primeira consulta.

Indicador 17: Proporção de gestantes com sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) na primeira consulta.

Numerador: Número de gestantes com solicitação de sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 18: Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina anti-tetânica.

Indicador 18: Proporção de gestantes com o esquema da vacina anti-tetânica completo.

Numerador: Número de gestantes com vacina anti-tetânica em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 19: Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina de Hepatite B.

Indicador 19: Proporção de gestantes com o esquema da vacina de Hepatite B completo.

Numerador: Número de gestantes com vacina contra Hepatite B em dia.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-

natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 20: Realizar avaliação de saúde bucal em 100% das gestantes durante o pré-natal.

Indicador 20: Proporção de gestantes com avaliação de saúde bucal.
Numerador: Número de gestantes com avaliação de saúde bucal.
Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 21: Realizar exame de puerpério em 100% das gestantes entre o 30º e 42º dia do pós-parto.

Indicador 21: Proporção de gestantes com exame de puerpério entre 30º e 42º dia do pós-parto.

Numerador: Número de mulheres com exame de puerpério entre 30 e 42 dias após o parto.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que tiveram filho entre 30 e 42 dias.

Meta 22: Concluir o tratamento dentário em 100% das gestantes com primeira consulta odontológica.

Indicador 22: Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de gestantes com primeira consulta odontológica com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 23: Manter registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação em 100% das gestantes.

Indicador 23: Proporção de gestantes com registro na ficha especho de pré-natal/vacinação.

Numerador: Número de ficha espelho de pré-natal/vacinação com registro adequado.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 24: Avaliar risco gestacional em 100% das gestantes.

Indicador 24: Proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional.

Numerador: Número de gestantes com avaliação de risco gestacional.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 25: Realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 100% das gestantes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 25: Proporção de gestantes com avaliação de prioridade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de gestantes da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com avaliação de prioridade de atendimento definida.

Denominador: Número total de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 26: Garantir a 100% das gestantes orientação nutricional durante a gestação.

Indicador 26: Proporção de gestantes com orientação nutricional.

Numerador: Número de gestantes com orientação nutricional.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 27: Promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes.

Indicador 27: Proporção de gestantes com orientação sobre aleitamento materno.

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre aleitamento materno.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 28: Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir).

Indicador 28: Proporção de gestantes com orientação sobre os cuidados com o recém-nascido.

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre os cuidados com o recém-nascido.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 29: Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

Indicador 29: Proporção de gestantes com orientação com anticoncepção após o parto.

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre anticoncepção após o parto.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 30: Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Indicador 30: Proporção de gestantes com orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Numerador: Número de gestantes com orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 31: Dar orientações para 100% das gestantes e puérperas com primeira consulta odontológica em relação a sua higiene bucal.

Indicador 31: Proporção de gestantes e puérperas com primeira consulta odontológica com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de gestantes que receberam orientações sobre higiene bucal.

Denominador: Número de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Pré-natal e Puerpério vamos adotar o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde, 2012. Utilizaremos a ficha espelho da gestante fornecida pelo curso (Anexo A e B), a qual inclui informações sobre o acompanhamento da saúde bucal, exame ginecológico e de mamas.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as mulheres que vieram ao serviço de pré-natal no último mês. A profissional localizará os prontuários destas gestantes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, vacinas em atraso, necessidade de orientações específicas. Estima-se alcançar com a intervenção cerca de 30 gestantes. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 30 fichas- espelho. Esses dados serão

transcritos em uma planilha eletrônica de coleta de dados para o acompanhamento mensal das ações. Alguns dados serão expostos na porta da unidade e dentro dela para que fique de fácil visualização para os usuários, como por exemplo, sobre gestantes com consultas em dia ou atrasada, com exames clínicos e laboratoriais em dia ou em atraso, com vacinação em dia ou atrasadas, número de pacientes cadastradas no programa, entre outras.

Para o monitoramento e avaliação das ações, a enfermeira e uma agente comunitária de saúde checarão quinzenalmente os registros de cadastro para certificar-se da cobertura alcançada, identificar gestantes com consultas, exames ou vacinação atrasadas, se todos os indicadores estão preenchidos corretamente, como por exemplo, orientações sobre o aleitamento materno, avaliação/estratificação de risco da gravidez, entre outros. Quinzenalmente serão revisados por uma técnica de enfermagem se todas as usuárias com consultas, exames ou vacinação atrasadas procuraram a unidade de saúde e será realizada a busca ativa das faltosas por cada ACS em sua microárea. Para o acolhimento destas usuárias, Para serão reservadas 5 consultas por semana, sem que estas alteram a organização da agenda semanal da UBS. Estas consultas serão priorizadas nas fichas disponíveis para casos agudos (urgências e emergências) disponibilizadas todos os dias pela UBS. Uma técnica de enfermagem ficará responsável por designar e agendar o dia da consulta desta usuária, seja para o médico ou para a enfermeira, dependendo de cada caso. A UBS priorizará o atendimento à gestante, isto é, gestantes que buscarem a unidade serão atendidas no mesmo turno e já sairão com o retorno programado agendado.

Faremos um novo contato com a comunidade e apresentaremos os principais pontos do projeto de intervenção. A UBS Ednaide Lopes dispõe de uma ampla área externa, capaz de abrigar centenas de pessoas e permitirá que realizemos reuniões com grupos de gestantes e seus familiares e os esclarecimentos necessários a uma adequada assistência de pré-natal. A sala de espera será um local em que temas diversos serão explanados diariamente para um grupo menor de usuárias, como por exemplo, promoção do aleitamento materno e dicas de alimentação saudável para gestantes, cuidados com recém-nascido, anticoncepção após o parto. A participação social no

projeto é de suma importância para o bom andamento e desenvolvimento das ações. Será feito um rodízio entre os palestrantes (médico, enfermeira, técnicos e ACS) durante as reuniões quinzenais (inicialmente) e mensais (posteriormente). Utilizaremos *banners* disponíveis na unidade e, se for possível, vídeos demonstrativos e palestras em formato *power point*.

Apesar de certa resistência no início, todos os funcionários se mostram bem interessados na realização deste projeto de intervenção. Além da participação social, a interação de todos os membros da equipe também é parte fundamental de todo este processo. No início da intervenção, será enviado e disponibilizado a todos o protocolo e manual técnico adotado. Em reuniões semanais, após o término dos atendimentos, temas específicos serão explorados pelo médico, baseados Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde, 2012, além da apresentação da ficha específica com todos os dados, variáveis e explanação de cada indicador composto nesta ficha. As dúvidas serão sanadas, se possível, imediatamente ao término de cada reunião. Devido extensão deste documento do MS, farei um resumo e distribuirei para todos os funcionários, identificando os principais pontos a serem lidos e que serão explanados nestas reuniões semanais. Se disponíveis, utilizaremos vídeos e aulas no formato *power point*.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações Previstas no projeto de intervenção que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Na primeira semana prevista para intervenção já foi possível realizar a apresentação do Projeto para a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo abordado assuntos como o cronograma de intervenção, a ficha espelho, o papel de cada profissional na ação programática, entre outros. Foi enfatizado junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a necessidade da atualização do cadastro das gestantes da área de abrangência. As fichas espelhos foram impressas pelo próprio médico sendo anexados aos prontuários de cada gestante na medida que ingressavam no programa.

A equipe foi convocada para as reuniões de capacitação dos profissionais de saúde da UBS com base no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e foi combinado que estas iriam acontecer na própria UBS às terças-feiras antes das visitas domiciliares. Não foi possível contar com a presença de uma das enfermeiras da UBS nem da equipe de saúde bucal na maioria das reuniões, pela dificuldade de se conciliar o horário. Sendo assim, as reuniões de capacitação contou com a presença do médico, de uma enfermeira, técnica de enfermagem, e ACS das duas equipes da UBS e da recepcionista. O médico e a enfermeira ministraram as palestras usando apresentações em *Power Point* e *Datashow*. Provas eram realizadas ao fim das palestras na medida que os assuntos iam sendo abordados. A aceitação dos ACS com o método implantado foi bastante satisfatória.

O atendimento médico às gestantes ocorria na forma de ação programática toda quarta-feira pela manhã e pela tarde. Gestantes faltosas às consultas eram encaixadas na agenda médica nas fichas destinadas às

urgências na própria quarta-feira ou nos demais dias úteis da semana. De uma forma geral, o atendimento à gestante passou a ser priorizado através da intervenção e toda gestante que procurava à UBS em busca de atendimento era consultada ainda no mesmo dia e turno. Durante as consultas a ficha-espelho, ficha de pré-natal da gestante e os prontuários eram devidamente preenchidos e organizados em arquivos específicos semanalmente. Reservávamos um tempo durante as consultas para as ações de educação a saúde e engajamento público com as gestantes e familiares a fim de alertá-los sobre a importância de um bom acompanhamento de pré-natal e as facilidades que o nosso serviço oferecia para o atendimento integral à gestante.

Palestras de educação em saúde eram realizadas as quartas-feiras pela enfermeira ou pela técnica de enfermagem às gestantes que esperavam pela consulta médica. Apesar de nosso incentivo, os ACS demonstraram certa resistência em palestrar às grávidas alegando não se sentirem seguros para exercerem essa atividade de forma coletiva. Promoção do aleitamento, cuidados com recém-nascido, contracepção no pós-parto, a importância de um bom seguimento do pré-natal, foram alguns dos assuntos abordados nestas palestras. Contudo, em algumas semanas as palestras não puderam ser realizadas em razão das constantes demissões de membros da equipe, principalmente recepcionistas, obrigando a técnica de enfermagem e a enfermeira a se desdobrarem para também albergar a função da recepcionista na procura dos prontuários, agendamento de consultas, acolhimento, entre outras.

3.2 Ações Previstas no projeto de intervenção que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Com as atividades de monitoramento realizadas na intervenção foi possível identificar que ações relativas à saúde bucal, solicitação de sorologia para toxoplasmose e urinocultura com antibiograma, a realização de exame ginecológico e de mamas e a promoção da revisão puerperal estavam entre as ações que mais careciam serem melhoradas. Ações que competiam à gestão,

como a garantia de agilidade na obtenção de exames (laboratoriais e ultrassonografia), o acesso à medicação e ao atendimento especializado (pré-natal de alto risco) também representaram grande desafio à intervenção.

Na saúde bucal, o excesso de usuários requerendo tratamento odontológico para uma baixa capacidade de oferta da UBS (uma equipe para cobrir cerca de sete mil pessoas) representou o principal motivo do não alcance da meta proposta na intervenção. Soma-se a isso o fato de nossa UBS não dispor do odontólogo todos os dias da semana (apenas 3 dias), a troca constante desses profissionais e a escassez de materiais e insumos que limita suas ações.

Já em relação aos exames de toxoplasmose e urinocultura com antibiograma a dificuldade em se alcançar as metas residiu no fato desses exames não serem ofertados no município. Conversas com o gestor municipal foram realizadas no sentido de conseguir dispô-los no próprio município e garantir maior agilidade na realização dos mesmos. Um fato positivo dessa nova proposta de assistência integral proposta pela intervenção foi a detecção e tratamento precoce de duas gestantes diagnosticada com toxoplasmose ainda no primeiro trimestre que foram devidamente acompanhadas. Casos ficássemos restritos as antigas limitações na assistência pré-natal de nossa UBS e município, estes casos seriam sequer identificados, acrescentando um maior risco de morbi-mortalidade para gestante e o bebê. O exame ginecológico, toque e exame de mamas foi outra ação aquém do desejado devido principalmente ao constrangimento das gestantes em serem examinadas pelo médico e a inexperiência e negação de uma das enfermeiras em fazê-los, alegando ser tratar de um ato médico além de ser um risco potencial de infecção e aborto no seu entender.

Também no período da intervenção, encontros com o gestor municipal foram realizados a fim de apresentar o projeto de intervenção e solicitar sua contribuição no sentido de garantir agilidade na realização dos demais exames com priorização à gestante, suficiência na oferta de sulfato ferroso, ácido fólico e outras medicações e garantia de uma ágil rede de fluxo entre a atenção básica e os demais níveis de assistência para o bom seguimento da gestante. Procuramos inclusive conversar também com os responsáveis pela solicitação de medicamentos e agendamento de exames e consultas no município,

intercedendo em favor das gestantes. No entanto, muita dificuldade foi encontrada para que todas estes itens supracitados fossem assegurados. O município viveu uma instabilidade política que se arrastou por meses, passando por afastamento do prefeito por mais de uma vez, constantes trocas do Secretário de Saúde (três apenas em 2013), limitação e até congelamento dos recursos financeiros. Como consequência, fornecedores deixaram de ser pagos, a farmácia deixou de ser reabastecida, a UBS deixou de receber insumos e materiais necessários ao pleno funcionamento do Programa de Pré-natal, membros da equipe já treinados nas propostas da intervenção foram demitidos, o salário dos trabalhadores atrasou e vários especialistas (ginecologistas, ultrassonografistas) entraram em greve, impossibilitando que o atendimento ao pré-natal de alto risco e do USG obstétrico ocorresse no próprio município e de forma ágil.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores

De modo geral não enfrentamos grandes dificuldades nas ações relacionadas à coleta e sistematização de dados, à confecção das planilhas e ao cálculo dos indicadores.

A cada semana que se passava mais gestantes iam ingressando ao projeto de intervenção e semanalmente a planilha de coleta de dados ia sendo alimentada. Pelo menos uma vez por mês reuníamos com toda equipe para as atividades de monitoramento. Nesta ação cada ACS ficava com os prontuários de gestante sob sua responsabilização conforme territorialização e um *post it* (papel bilhete adesivado) era entregue a cada um deles para que uma anotação fosse anexada a cada ação (consulta, vacina, exame) identificada com atrasada. A planilha de coleta de dados era projetada em *datashow* e cada uma das 31 metas eram discutidas, permitindo o monitoramento e capacitação da equipe de forma concomitante. Os ACS eram acionados a fazer busca ativa das gestantes faltosas às consultas e com vacinas e/ou exames atrasados. No final da reunião dados, gráficos da planilha e relatórios parciais da intervenção

eram apresentados para equipe a fim de discutir estratégias de melhoramento dos indicadores. Durante as reuniões com a equipe procuramos também criar uma sistemática para lembrar a gestante um dia antes da consulta através de um telefonema ou visita domiciliar, convocando o ACS e recepcionista para nos ajudar no sentido de verificar se a gestante realmente veio a consulta.

Em relação ao cálculo dos indicadores, tivemos que adequar o cálculo do indicador relativo à ação da consulta de revisão puerperal, visto que inicialmente havíamos considerado no denominador desse indicador o número total de gestantes cadastradas ao invés de considerar apenas àquelas que pariram durante a intervenção. Além disso, não conseguimos obter resultados fidedignos em relação ao indicador da proporção de gestantes faltosas à consulta odontológica que receberam busca ativa por uma falha em organizar e registrar essa ação. Recomenda-se uma maior organização nos registros capaz de identificar as gestantes faltosas e sugere-se o estabelecimento de “um sistema alerta” entre a equipe de saúde bucal da UBS e o ACS para garantir que a busca ativa seja realizada. Os demais indicadores foram devidamente calculados, o que nos permitiu dimensionar o grau de implementação das ações propostas à rotina do serviço.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

Alguns dias do período de intervenção precisei me ausentar da UBS em virtude de viagens para cursos de aperfeiçoamento prático em São Paulo e realização de provas de residência médica e foi gratificante constatar que mesmo na minha ausência a equipe já estava treinada para dar continuidade às ações sob a liderança de uma das enfermeiras. Isso reflete que o objetivo de incorporar a ação programática à rotina da UBS em parte foi alcançado necessitando apenas aprimorar alguns aspectos.

Apesar de não termos atingido todas as metas, os resultados alcançados com a intervenção foram bastante promissores, uma vez que aumentamos consideravelmente nossa cobertura e os indicadores relativos à

qualidade da assistência do pré-natal de nossa UBS seguiram uma tendência crescente.

Com a institucionalização de reuniões com a equipe e atividades de capacitação, conseguimos organizar melhor os prontuários em um arquivo específico, dispondo de informações que somada aos dados da ficha espelho facilitaram nossas ações de monitoramento. Conseguiu-se também junto a gestão maior agilidade na marcação dos exames, como o Beta-HCG, o que facilitou a captação precoce da gestante para o programa. A agenda do dentista, com desafio de atender um excesso de demanda, passou a acolher e priorizar à gestante. Ações antes tidas como facultativas no atendimento à gestante foram tomadas como obrigatórias, a saber, a avaliação ginecológica trimestral e de mamas, solicitação de sorologia para toxoplasmose e de urinocultura com antibiograma. Intensificou-se também ações de educação em saúde mediante palestras na sala de espera e orientações durante as consultas.

Todavia, apesar desses avanços, cita-se ainda como fatores que podem limitar a viabilidade da intervenção a longo prazo a falta de vínculo com a população; a troca recorrente de profissionais; a falta de incentivo da gestão em garantir insumos e medicações necessárias ao funcionamento do programa além da falta de profissionais engajados e comprometidos com a qualificação contínua do programa de pré-natal. Em relação a este último, recomenda-se a priorização de contratação de profissionais inseridos em programas de educação permanente como um instrumento potencial de promover o engajamento público, a qualificação da equipe, subsidiar o planejamento das ações e investimento da gestão com base em ações de monitoramento. É fundamental também que este tripé comunidade-gestão-profissional de saúde trabalhe de forma integrada em busca de melhoria do programa.

Em minha experiência durante esses meses de intervenção destaco o engajamento da maioria de minha equipe e a boa adesão das gestantes às ações propostas como fatores primordiais para o sucesso alcançado. Gostaria de destacar também a oportunidade de realizar a pós-graduação com auxílio de nossos orientadores, colegas profissionais espalhados por todo esse país, que acabaram servindo como fonte de inspiradora e o referencial teórico para as ações implementadas. As dificuldades enfrentadas se deveram

principalmente a fatores relacionadas à gestão municipal, que nem sempre conseguiu garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento do Programa de Pré-natal e puerpério na UBS, de acordo com suas responsabilidades.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

O projeto de intervenção focou às gestantes e puérperas residentes na área e acompanhadas na UBS Ednaide Lopes, localizada na zona urbana de Rio Preto da Eva.

Abaixo constam os objetivos, metas, indicadores e seus respectivos resultados

1. OBJETIVO: Ampliar a cobertura do pré-natal

META 1: ampliar a cobertura da área para 95% .

INDICADOR: Proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: A principal justificativa para projeção dessa meta decorreu da atenção precária ao Pré-natal e puerpério, desde aspectos organizacionais até recursos humanos.

O número total de gestantes residentes na área de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) era de 39 gestantes. No primeiro mês da intervenção, conseguiu-se atingir 20 gestantes (51,3%). O número subiu para 36 (92,3%) no segundo mês, finalizando o terceiro mês com as 39 gestantes residentes na área de cobertura de nossa UBS, o que nos fez não apenas superar a meta pré-estabelecida como atingir a cobertura de 100% residentes na área. A Figura 1 evidencia a adesão gradativa das gestantes ao Programa.

Durante os três meses, a maioria dos ACS informava a comunidade sobre a intervenção e as próprias usuárias foram instrumento de divulgação, pois, houve relato de sensação de acolhimento na unidade. O programa de pré-natal e puerpério passou a ser referência em nossa UBS e passamos a acompanhar também várias gestantes fora de área e inclusive da capital, sendo esta última filha da recepcionista da unidade.

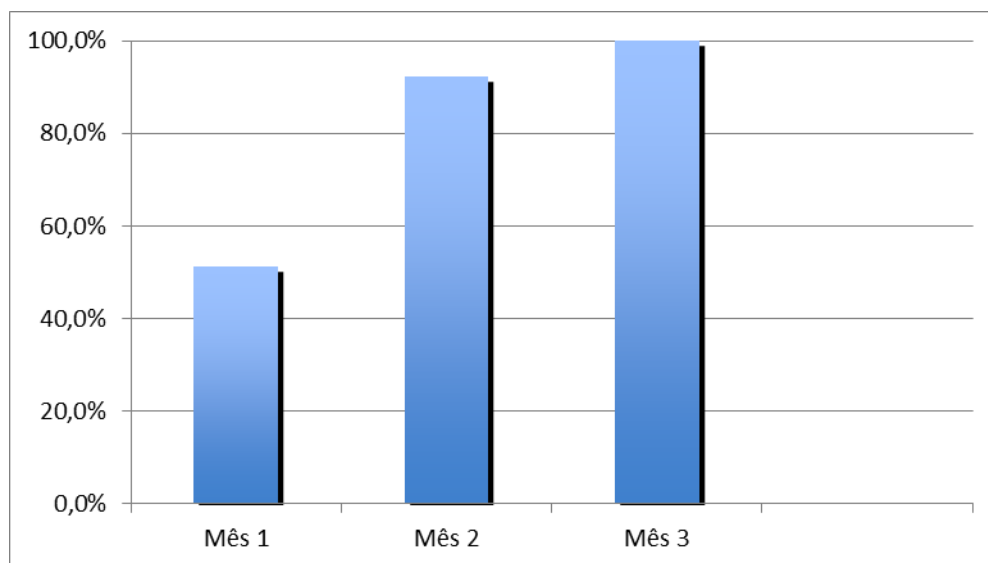


Figura 1: : Proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério.

META 2: Garantir a captação de 100% das gestantes da área no primeiro trimestre de gestação.

INDICADOR: Proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Essa meta foi projetada de acordo com as características da assistência pré-natal da UBS até a data da intervenção, pontuada por início tardio do pré-natal pelas gestantes, poucas ações educativas para comunidade e demora na obtenção do B-HCG.

Durante a intervenção, das 20 gestantes cadastradas no Programa no primeiro mês, 16 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. No segundo mês, das 36 cadastradas, 30 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Já no terceiro mês, das 39 gestantes cadastradas, 34 tiveram seu pré-natal iniciado no primeiro trimestre. A partir desses dados, a proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre foi de 80%, 83,3% e 87,2% no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção, respectivamente.

A captação precoce das gestantes ao Programa de Pré-natal deveu-se em parte à ampla mobilização da equipe para conscientizar a comunidade da importância dessa medida como forma de reduzir complicações do ciclo gravítico-puerperal e o prognóstico ao parto. Outro fator que contribuiu foi a conquista junto ao gestor para que o exame de B-HCG passasse a ser

disponibilizado na própria UBS, o que garantiu maior facilidade de acesso e agilidade na obtenção de seu resultado.

Abaixo, a Figura 2 aponta o processo de evolução da captação precoce das gestantes ao Programa de Pré-natal nos três meses de intervenção.

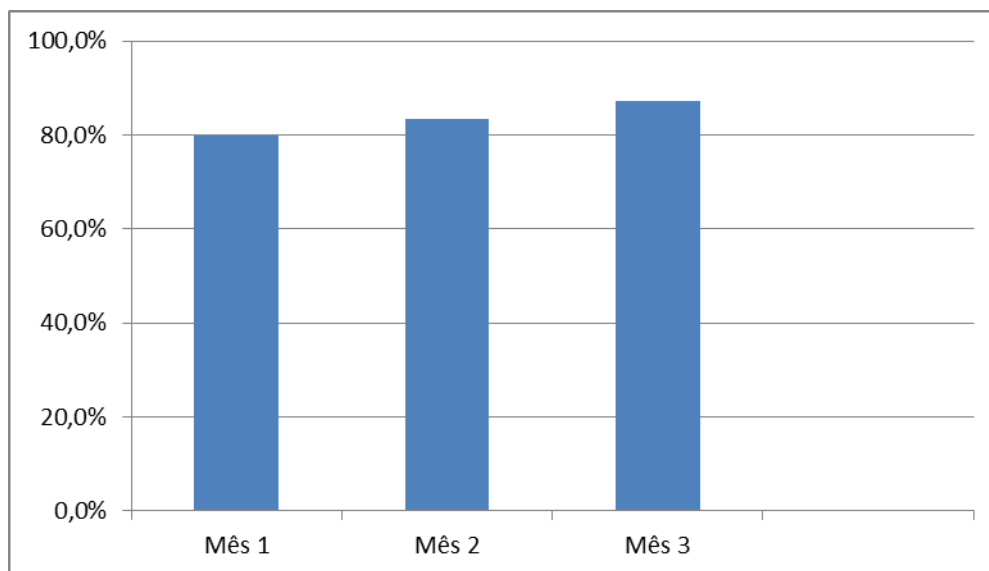


Figura 2: Proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação

META 3: ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica, com plano de tratamento para 100% das gestantes cadastradas

INDICADOR: proporção de gestantes com primeira consulta odontológica

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: essa meta foi projetada com base no serviço odontológico da unidade, marcado por troca de profissionais, escassez de materiais e insumos e excesso de demanda. Para obtenção dos resultados, foi realizada a revisão da produção dos atendimentos odontológicos à gestante junto à técnica de saúde bucal. Assim foi encontrando um total de 7 (35%) gestantes no primeiro mês, seguido por 16 (44,4%) e 24 (61,5%) no segundo e no terceiro mês, respectivamente. Como justificativas para um aumento mais impactante, se pode teorizar que ainda há a cultura da odontologia curativista, que as condições de trabalho são deficitárias e existe um excesso de usuários para uma baixa oferta de serviço na unidade (1 equipe de saúde bucal para cobrir aproximadamente 7 mil pessoas).

Com a intervenção buscou-se aproximação com a equipe de saúde bucal e foi estabelecido que quarta-feira a tarde seria dia de atendimento exclusivo às grávidas. A equipe de saúde se mobilizou para divulgar esse

tratamento preferencial que as grávidas passaram a receber com a intervenção e sua assiduidade nas consultas passaram a ser monitoradas.

Abaixo, a Figura 3 demonstra o percentual crescente de gestantes com primeira consulta odontológica em nossa unidade.

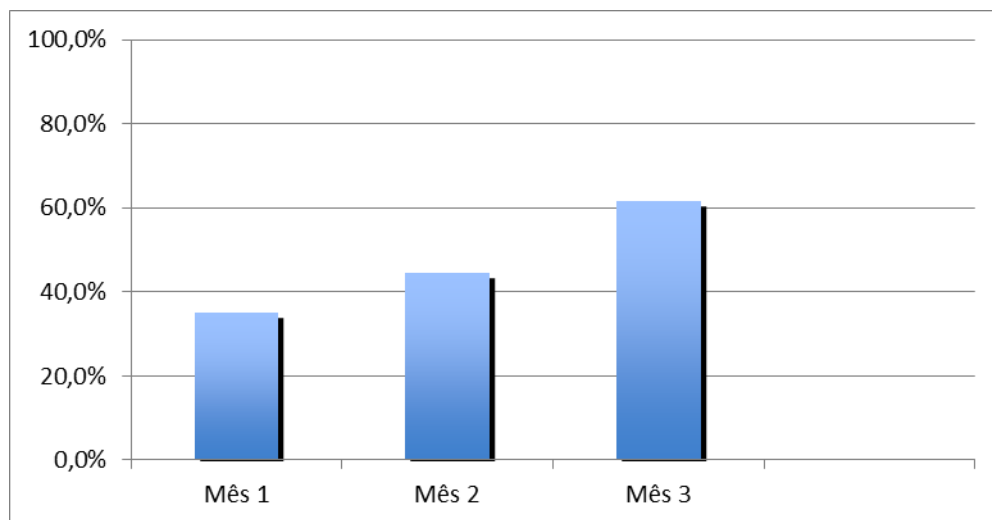


Figura 3. Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica

META 4: aumentar para 100% a proporção de gestante de alto risco com primeira consulta odontológica.

INDICADOR: proporção de gestantes de alto risco com primeira consulta odontológica.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: a justificativa para essa meta encontra-se no fato de que até pouco tempo as gestantes de nossa UBS não eram classificadas quanto ao risco de doenças odontológicas de forma programática e muitas de alto risco não conseguia vaga na agenda do dentista. Para obtenção dos resultados, foi realizada a revisão da produção dos atendimentos odontológicos à gestante junto à técnica de saúde bucal e também da ficha de saúde bucal. Assim, foi observado em todos os meses da intervenção todas as gestantes de alto risco tiveram primeira consulta odontológica, sendo 1 gestante no primeiro mês (100%), 4 no segundo (100%) e 7 no terceiro (100%). Esse resultado em parte reflete que, apesar das dificuldades, está havendo equidade na distribuição dos serviços de nossa UBS no atendimento a gestante na medida em que estão sendo de fato priorizadas aquelas que necessitam mais.

2. OBJETIVO: Melhorar a adesão ao pré-natal.

META 5: realizar busca ativa de pelo menos 100% das gestantes faltosas às consultas pré-natal.

INDICADOR: proporção de gestantes faltosas às consultas que receberam busca ativa.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: Três gestantes faltaram à consulta no primeiro mês. Já no segundo e no terceiro mês, se identificaram 4 gestantes faltosas à consulta. Inicialmente, no primeiro mês, não houve busca ativa (0%), devido ao processo de organização e comunicação com a equipe, a qual ainda estava em processo de capacitação. Em contrapartida, no segundo mês já foi possível realizar duas busca ativas (50%) e, no terceiro, quatro, atingindo 100%. Como principal justificativa para o baixo número de gestantes faltosas, se sugere que houve uma adesão positiva dessas ao programa. Ainda, devido à revisão sistemática (semanal/quinzenal) dos prontuários, as gestantes faltosas eram identificadas e seus nomes repassados ao ACS para contato e marcação de consulta.

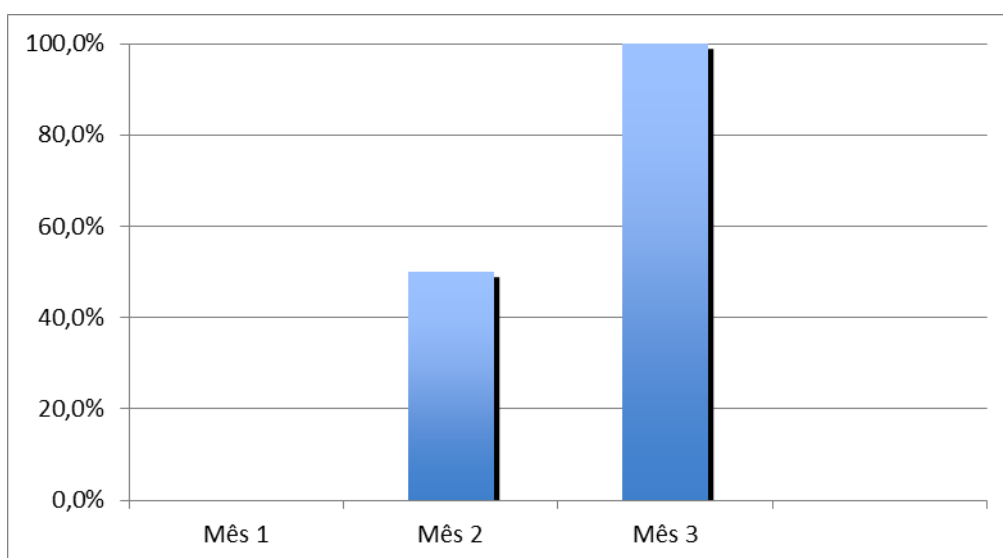


Figura 4. Proporção de gestantes faltosas às consultas que receberam busca ativa

META 6: Fazer busca ativa de 100% das gestantes, com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas.

INDICADOR: proporção de busca ativa realizada às gestantes faltosas às consultas odontológicas.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: Infelizmente, na unidade, não há registro dessa ação, não sendo possível averiguar dados. Foi realizada uma única busca ativa de gestante faltosa à consulta odontológica no terceiro mês da intervenção. Recomenda-se uma maior organização nos registros capaz de identificar as gestantes faltosas e sugere-se o estabelecimento de “um sistema alerta” entre a equipe de saúde bucal da UBS e o ACS para garantir que a busca ativa seja realizada.

A Figura 5, embora não traduza a realidade, aponta a única busca ativa realizada à única gestante faltosa identificada no terceiro mês da intervenção.

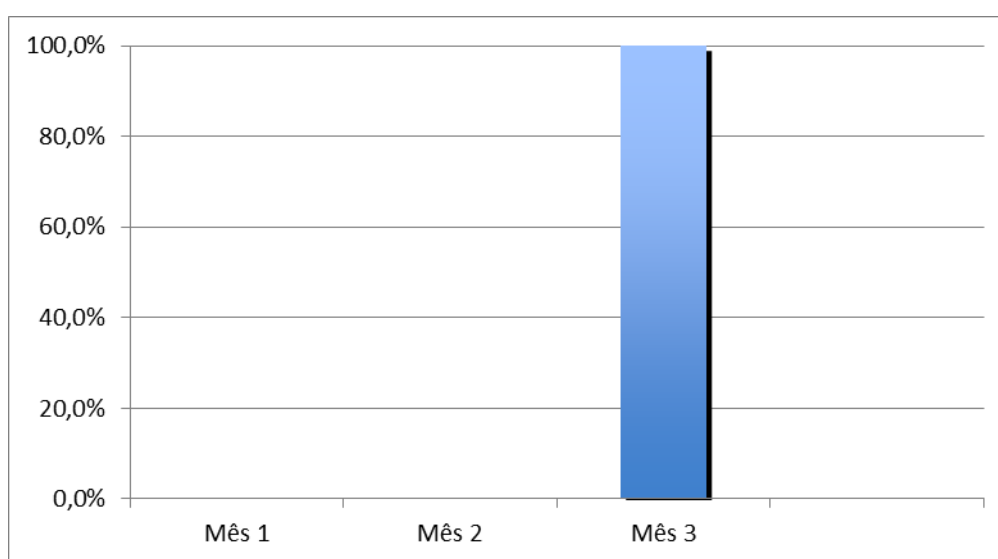


Figura 5. Proporção de busca ativa realizada às gestantes faltosas às consultas odontológicas.

3. **OBJETIVO:** Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na Unidade.

META 7: Realizar pelo menos um exame ginecológico por trimestre em 100% das gestantes durante o pré-natal.

INDICADOR: Proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: O exame ginecológico trimestral à gestante não era rotina na unidade, sendo destinado apenas àquelas gestantes sintomáticas ou com queixas específicas. Após capacitação teórica prática da equipe, passamos a adotar a realização deste exame com algo corrente no programa de pré-natal, apesar de que com alguns entraves. No primeiro mês

foi possível realizar apenas 2 exames ginecológicos (10%) nas gestantes participantes do programa. Um mês após, esse número aumentou para 8 (22,2%), atingindo 22 no final do terceiro mês (56,4%). Elencam-se como fatores que contribuíram para o não alcance das metas: o constrangimento das gestantes em serem examinados por profissional do sexo masculino; a inexperiência ou recusa de uma das enfermeiras em realizar o exame por se tratar de um ato médico e aumentar o risco de infecção e aborto no seu entender.

Abaixo, a Figura 6 propicia a visualização do percentual de gestante com pelo menos um exame ginecológico por trimestre.

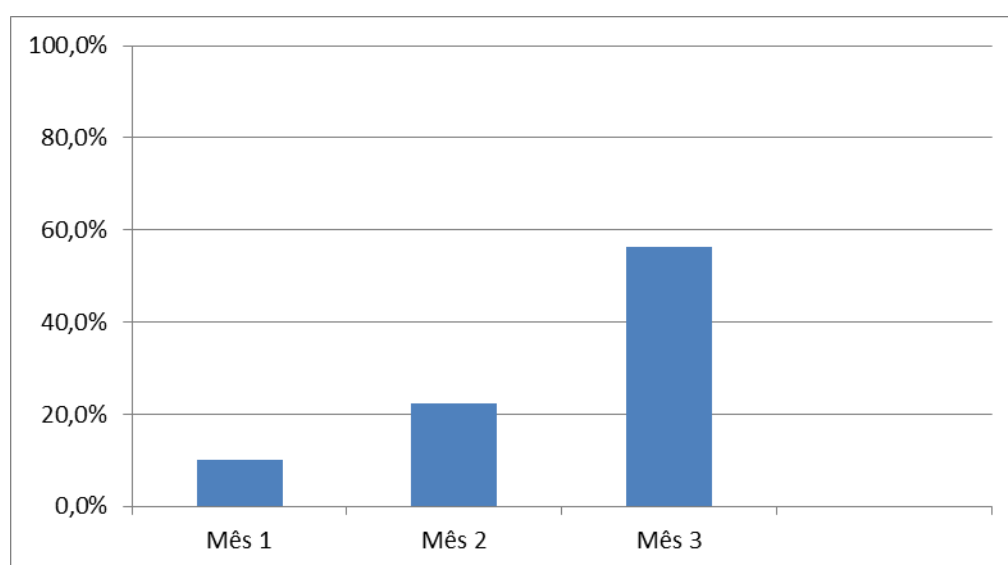


Figura 6: proporção de gestantes com pelo menos um exame ginecológico por trimestre

META 8: Realizar pelo menos um exame de mamas em 100% das gestantes durante o pré-natal.

INDICADOR: Proporção de gestantes com pelo menos um exame de mama por trimestre.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: De forma análoga ao que ocorria com o exame ginecológico trimestral, o exame de mamas não era visto como necessário durante as consultas de pré-natal em nossa UBS. Após sucessivas atividades de capacitações com a equipe, foi reforçado a importância do exame na vigilância de afecções mamárias durante todo o menacme e não apenas a partir da 4ª e 5ª década de vida da mulher, como se pensava. No primeiro mês

apenas 2 mulheres (10%) tiveram suas mamas avaliadas. No mês seguinte, esse número subiu para 11 (30,6%) e no terceiro mês, 24 (61,5%).

Em uma gestante foi possível verificar presença de nodulação endurecida na mama, sendo diagnóstica abscesso mamário e tratado clinicamente.

Apesar de não termos alcançado a meta, os números obtidos com a intervenção seguiram uma tendência crescente e aumentaram consideravelmente do primeiro para o terceiro mês, como evidenciado na Figura 7 a seguir:

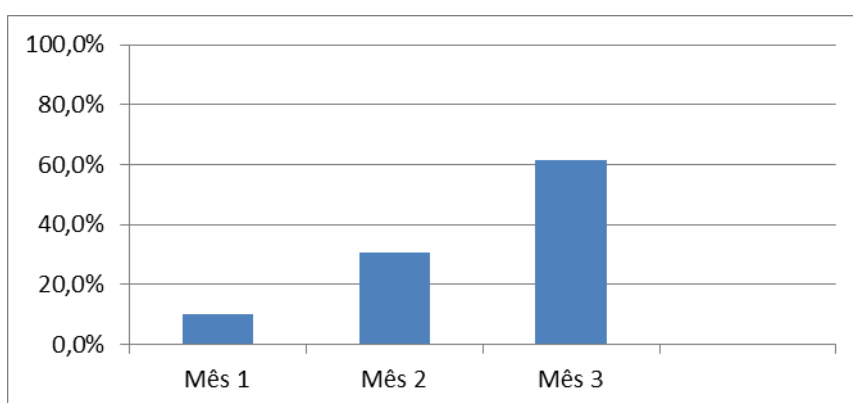


Figura 7: proporção de gestantes com pelo menos um exame das mamas durante o pré-natal

META 9: garantir a 100% das gestantes a prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo.

INDICADOR: proporção de gestantes com prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: A suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico já era prescrito rotineiramente na UBS mesmo antes da intervenção. Mas nem sempre, durante a intervenção, conseguiu-se dispor dessa medicação na farmácia do município. Em momentos que essa medicação faltava, a equipe demandava do gestor a garantia da oferta dessa medicação para às grávidas que em alguns momentos tiveram que ser comprar sua própria medicação ou a conseguiram através de doações (ainda que esta última forma não seja o ideal). De qualquer forma, em todos os três meses da intervenção, todas as gestantes (100%) realizaram a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico.

META 10: garantir a 100% das gestantes a solicitação de ABO-Rh, na primeira consulta.

INDICADOR: proporção de gestante com solicitação de ABO-Rh na primeira consulta.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: A solicitação de ABO-Rh já era realizada rotineiramente na UBS na primeira consulta das grávidas e realizado no próprio município. Nas atividades de capacitação da equipe, apenas reforçamos a necessidade de monitorar e incentivar as gestantes a realizarem o exame. Com isso, no primeiro mês 20 gestantes (100%) realizaram o exame, sendo seguidas por 36 (100%) no segundo mês e 39 (100%) no terceiro mês. Com isso, vemos que a meta foi não apenas alcançada como ultrapassada atingindo os 100% nos três meses. Essa tendência se repetiu em todos os exames básicos que já são realizados no próprio município. Uma única ressalva que se deve fazer aqui é que com a intervenção conseguimos maior agilidade na obtenção dos resultados, após conversa com gestor e prestadores de serviço (responsável pelo agendamento de exames, laboratório). Exames que antes demoravam até 3 meses, com a priorização do atendimento à gestante passaram a ser obtidos em 15 dias a 1 mês.

META 11: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia (um na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação).

INDICADOR: proporção de gestante com solicitação de hemoglobina e hematócrito em dia.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: A solicitação de hemoglobina e hematócrito já eram adotadas pela UBS antes da intervenção, sendo estes exames também disponibilizados no próprio município. Atividades de capacitação serviram apenas para reforçar a necessidade de se repetir estes exames no terceiro trimestre, prática que nem sempre era adotada. Assim, no primeiro mês 20 gestantes (100%) realizaram exames, seguidas de 36 (100%) e 39 (100%) gestantes no 2º e 3º mês, respectivamente.

META 12: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de glicemia de jejum em dia.

INDICADOR: proporção de gestantes com solicitação de glicemia de jejum em dia.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: A glicemia de jejum é um exame já disponibilizado pelo município e sua solicitação já incorporada à rotina do serviço desde antes da intervenção. A intervenção serviu apenas para garantir maior agilidade na obtenção de seus resultados. Atividades de capacitação foram importantes para esclarecer a importância desse exame no rastreamento do diabetes gestacional além de treinar a equipe sobre como proceder frente a um exame alterado com base em protocolo. Assim como os demais exames já ofertados pelo município, todas as gestantes, isto é, 20 (100%) no primeiro mês, 36 (100%) no segundo mês e 39 (100%) no terceiro mês, tiveram seus exames solicitados conforme o preconizado.

META 13: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de VDRL em dia.

INDICADOR: proporção de gestantes com solicitação de VDRL em dia.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: Conforme já exposto acima, a solicitação de VDRL segue a mesma logística de realização que os demais exames ofertados pelo município. Em geral às gestantes se beneficiam de fácil acesso ao exame de VDRL já que há muito tempo que o município adquiriu autonomia em relação à capital na realização deste exame. Sendo assim, durante a intervenção, todas as 20 gestantes (100%) acompanhadas na unidade no primeiro mês, as 36 (100%) do segundo mês e as 39 (100%) gestantes assistidas no terceiro mês estiveram com a solicitação de VDRL em dia na primeira consulta e próxima a 30^a semana conforme previsto.

META 14: Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia.

INDICADOR: proporção de gestantes com solicitação de solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: a principal justificativa para a projeção dessa meta decorreu da atenção ao Pré-natal e Puerpério na nossa UBS dispor apenas do exame de Urina tipo 1 no próprio município. A realização de urocultura com antibiograma é um desafio inclusive na capital do estado, com bastante demora a sair o resultado. Com a intervenção passamos a dialogar com a gestão e com a comunidade a importância da realização deste exame e

tivemos que encaminhar as gestantes para Manaus a fim de obtê-los. Contudo, nem todas conseguiram se deslocar à Manaus e/ou obtiveram o resultado. Algumas optaram pelo serviço particular.

Inicialmente, no primeiro mês, 6 gestantes (30%) tiveram o exame de urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia (se considerássemos apenas o exame de urina tipo 1 esse percentual chegaria a 100%). No segundo e no terceiro mês, com as atividades educativas reforçando esses exames como necessários ao bom acompanhamento de pré-natal, esses números subiram para 17 (47,2%) e 25 (64,1%), respectivamente.

Apesar da meta proposta não ter sido alcançada, houve um aumento progressivo de gestantes realizando estes exames, como pode ser observado na Figura 8.

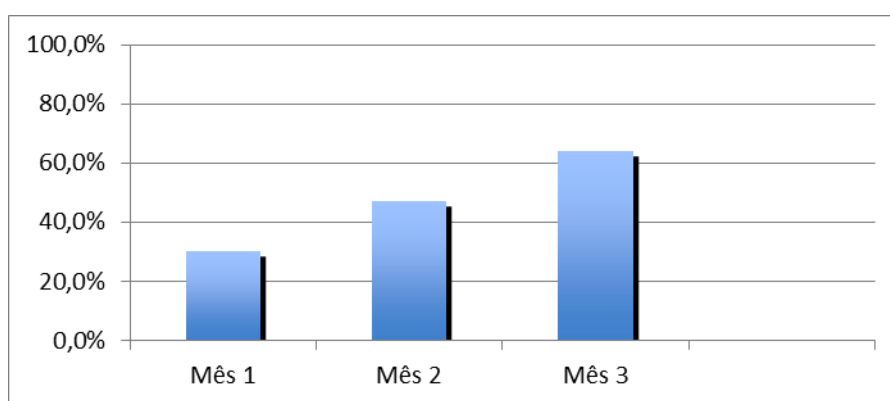


Figura 8: proporção de gestantes com solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia.

META 15: Garantir a 100% das gestantes solicitação de testagem anti-HIV em dia.

INDICADOR: proporção de gestantes com solicitação de testagem anti-HIV em dia.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: A intervenção buscou garantir também que todas as gestantes fossem avaliadas quanto às sorologias relacionadas ao pré-natal, inclusive para o HIV. Como na região norte ainda tem um grande índice de mulheres soropositivas com comportamento de risco, a testagem anti-HIV nesta região torna-se mandatória.

No primeiro mês, o número de gestantes que foram avaliadas quanto a presença do vírus HIV foi de 20 (100%), sendo seguida de 35 (97,2%) no mês

dois e 39 (100%) no mês três da intervenção. Entre as razões que explicam o alcance da meta proposta, destaca-se a facilidade de realização deste exame que é realizado em nossa própria UBS às quintas e sextas pela manhã, juntamente com as sorologias para hepatite B e C e sífilis.

A Figura 9 abaixo demonstra a superação da meta alcançada para proposta de solicitação de testagem de anti-HIV às gestantes.

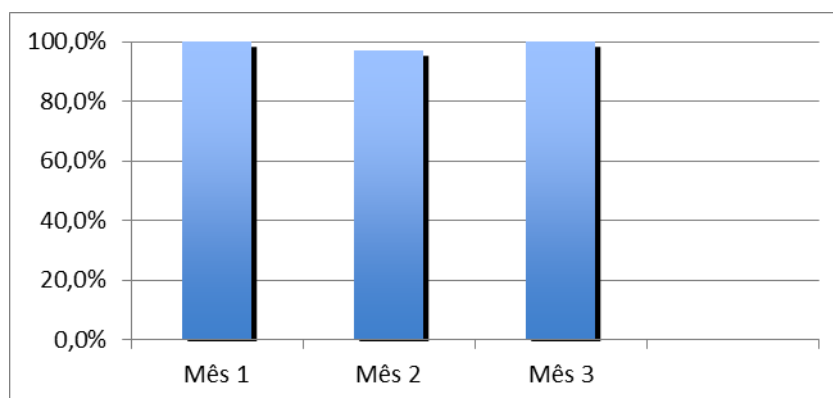


Figura 9: proporção de gestantes com solicitação de testagem anti-HIV em dia

META 16: Garantir a 100% das gestantes solicitações de sorologia para Hepatite B em dia.

INDICADOR: proporção de gestantes com solicitação de sorologia para Hepatite B em dia.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: A região do interior do Amazonas possui uma dos maiores valores de incidência de hepatite B por transmissão vertical do país, o que se faz desse exame indispensável para região. De forma geral, a realização do HBsAg no município é ofertado na própria UBS (independe do laboratório do Hospital) de forma rápida e fácil. Durante a intervenção o número de mulheres beneficiadas com a realização deste teste foi de 20 (100%), 35 (97,2%) e 39 (100%) no mês um, dois e três da intervenção, nesta ordem.

A Figura 10 mostra o percentual de gestante com solicitação do HBsAg nos três meses de intervenção.

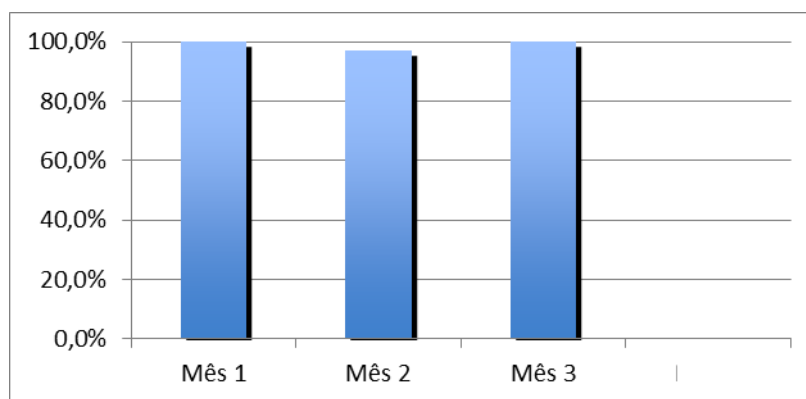


Figura 10: proporção de gestantes com solicitação de sorologia para hepatite B em dia.

META 17: Garantir a 100% das gestantes solicitação de sorologia para toxoplasmose em dia.

INDICADOR: proporção de gestantes com solicitação de sorologia para toxoplasmose em dia.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: Assim como o exame de urocultura com antibiograma, o exame de toxoplasmose também não é realizado no município. Com isso, durante a intervenção às gestantes foram orientadas sobre a importância deste exame e orientadas a fazê-los em Manaus ou em serviço particular no município.

No primeiro mês da intervenção, o número de gestante com solicitação de sorologia para toxoplasmose em dia foi de 9. No mês seguinte, após ampla divulgação por parte da equipe sobre a importância deste exame no pré-natal, este número aumentou para 21 (58,3%) e no mês três alcançou seu maior número, 28 gestantes (71,8%). Embora não se tenha alcançado a meta, considera-se os resultados bastante promissores.

Um fato positivo dessa nova proposta de assistência integral proposta pela pós, foi a detecção e tratamento precoce de duas gestantes diagnosticada com toxoplasmose ainda no primeiro trimestre que foram devidamente acompanhadas. Caso ficassem restritos as antigas limitações na assistência pré-natal de nossa UBS e município, estes casos seriam sequer identificados, acrescentando um maior risco de morbi-mortalidade para gestante e o bebê. O exame ginecológico, toque e exame de mamas foi outra ação aquém do desejado devido principalmente ao constrangimento das gestantes em serem examinadas pelo médico e a inexperiência e negação de uma das enfermeiras

em fazê-los, alegando ser tratar de um ato médico além de ser um risco potencial de infecção e aborto no seu entender.

A Figura 11 mostra a proporção crescente de solicitações de sorologias para toxoplasmose para gestantes durante esses meses de intervenção.

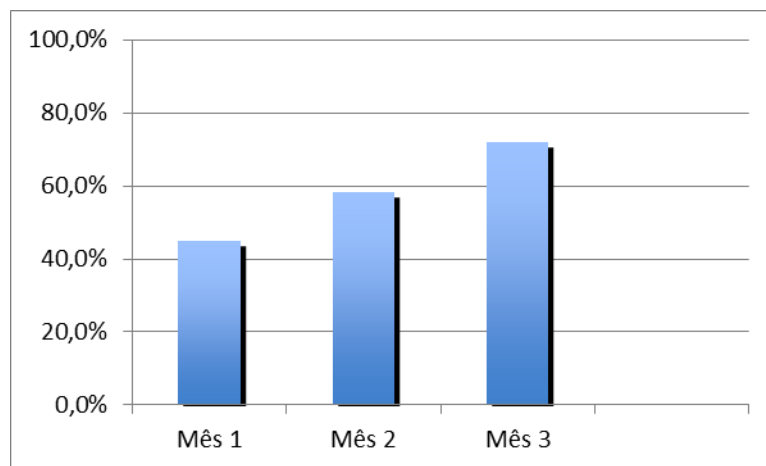


Figura 11. Proporção de gestantes com sorologia para toxoplasmose na primeira consulta

META 18: Garantir a 100% das gestantes completem o esquema da vacina anti-tetânica.

INDICADOR: proporção de gestantes com esquema da vacina anti-tetânica completa.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: a intervenção buscou também garantir que todas as gestantes recebessem as vacinas preconizadas para o pré-natal de acordo com o Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Este assunto foi amplamente discutido em atividades de educação a saúde à comunidade e de capacitações com a equipe.

Procurou-se realizar revisões sistemáticas dos prontuários de forma a identificar gestantes com vacinas atrasadas, que caso identificado seu nome seria repassado ao ACS até garantia de efetivação da vacina. O fato de não termos serviço de imunização na própria UBS prejudica o aproveitamento oportuníssimo da vinda da grávida à consulta para atualizar seu cartão vacinal. Muitas saem da unidade e esquecem-se de ir tomar a vacina.

No primeiro mês da intervenção, 13 gestantes (65%) tinham o esquema da vacina antitânica completa. No mês seguinte, esse número aumentou para 25 (69,4%), culminando em 31 (79,5%) no mês 3 como pode ser visualizado no Figura 12 abaixo.

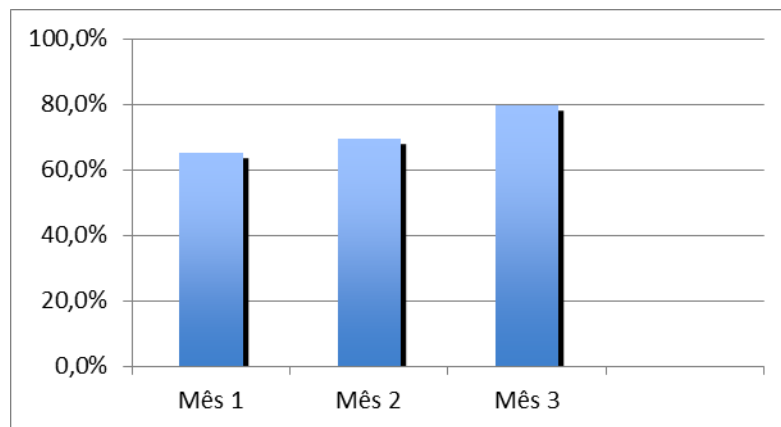


Figura 12: proporção de gestantes com o esquema da vacina anti-tetânica completo

META 19: Garantir a 100% das gestantes completem o esquema da vacina da Hepatite B.

INDICADOR: proporção de gestantes com esquema da vacina de Hepatite B completa.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: Apesar do número de gestantes com esquema de vacina para Hepatite B alcançar níveis crescentes ao longo da intervenção - 13 gestantes no primeiro mês (65%), 20 (55,6%) gestantes no segundo mês, e 23 (59%) no terceiro – a meta não foi alcançada em parte por razões já abordadas acima, mas em especial devido ao grande contingente de gestante múltíparas que reiniciam imunização por ter perdido cartão vacinal e que, no caso específico da vacina da hepatite B, não há tempo de completar esquema até a data da concepção por ter que se respeitar um intervalo maior entre as doses e não ser realizada no primeiro trimestre.

Abaixo nota-se o percentual crescente de gestante com esquema vacinal para Hepatite B completo, muito embora a meta não tenha sido atingida.

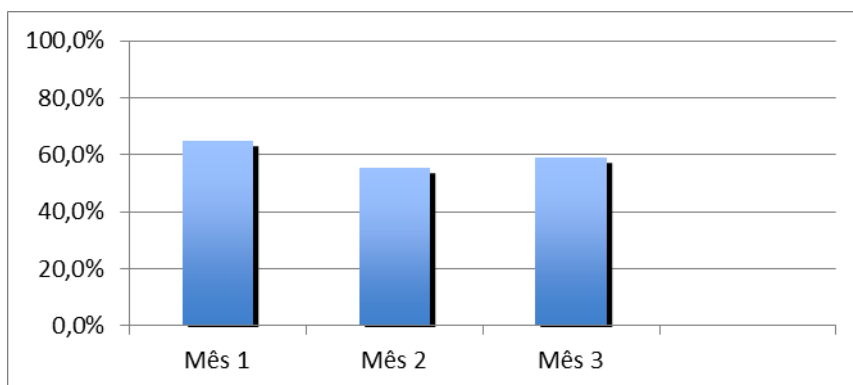


Figura 13: Proporção de gestantes com o esquema da vacina de Hepatite B completo

META 20: Realizar avaliação da saúde bucal em 100% das gestantes durante o pré-natal.

INDICADOR: Proporção de gestantes com avaliação de saúde bucal.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: Apesar da proporção de gestantes avaliadas quanto à saúde bucal ser crescente ao longo da intervenção – 5 gestantes (25%) no mês um, 12 gestantes (33,3%) no mês dois, e 18 (46,2%) no mês três, essa meta também ficou aquém do desejado. Esses dados foram obtidos mediante revisão da ficha de atendimento odontológica conseguida com a técnica de saúde bucal da unidade. Fatores como troca constante de profissionais, escassez de materiais e insumos, excesso de demanda e uma filosofia ainda curativista de organizar o processo de trabalho justificam em parte o não alcance da meta.

Contudo, muito esforço foi despendido por parte da equipe para assegurar para gestante a consulta com o dentista, que passou a ser realizado todas as quartas à tarde.

Na Figura abaixo percebe-se a tendência crescente do atendimento odontológico à gestante ainda que abaixo do esperado.

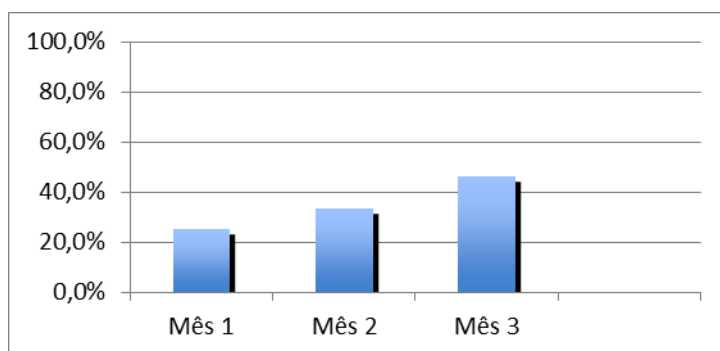


Figura 14: proporção de gestantes com avaliação da saúde bucal

META 21: Realizar exame do puerpério em 100% das gestantes entre 30º e 42º dia do pós-parto.

INDICADOR: Proporção de gestantes com exame do puerpério em 80% das gestantes entre 30º e 42º dia do pós-parto.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: Não foi possível realizar consulta de revisão puerperal no primeiro e no segundo mês da intervenção porque não houve puérperas. No último mês, porém, ocorreram duas consultas (5,1%) de revisão puerperal. De todas as metas, essa foi a que alcançou resultados mais tímidos,

talvez pelo fato dos três meses da intervenção terem coincidido com o primeiro e segundo trimestre das gestantes acompanhadas na UBS. Contudo, reforça-se aqui que esta ação carece de ser mais intensificada em nossa unidade e as gestantes mais orientadas a retornarem para consulta de revisão puerperal e puericultura.

Abaixo é possível notar o baixo percentual alcançado de gestantes com exame de puerpério entre 30^o e 42^o dia do pós parto.

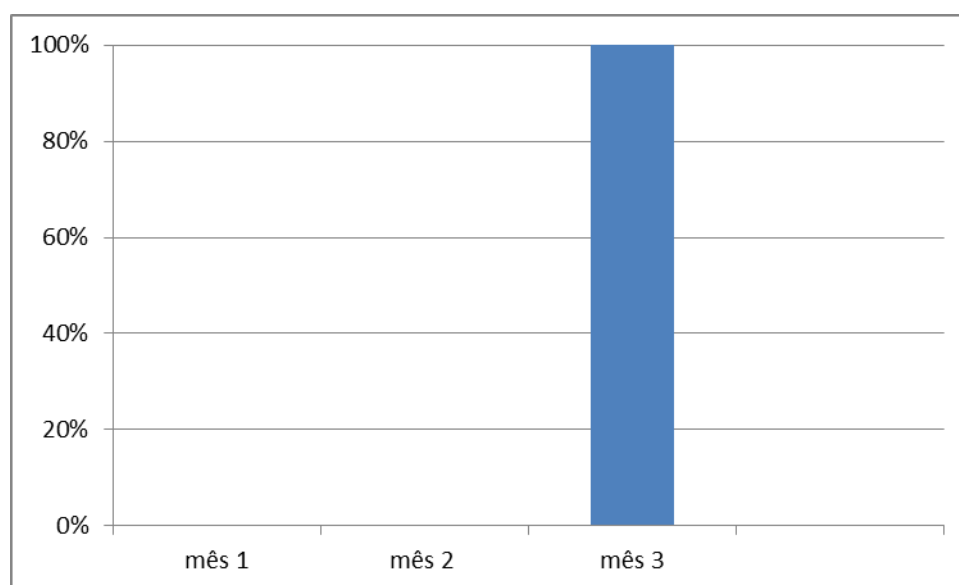


Figura 15: proporção de gestante com exame de puerpério entre 30^o e 42^o dia pós-parto

META 22: concluir o tratamento dentário em 100% das gestantes com primeira consulta odontológica.

INDICADOR: proporção de gestantes com primeira consulta odontológica com tratamento dentário concluído.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO: essa meta foi projetada para garantir que a gestante atendida pela primeira vez pelo dentista tivesse seu tratamento concluído e retorno garantido. Até antes da intervenção as ações da saúde bucal eram predominantemente curativistas, sendo orientada pela filosofia queixa-conduta. Ou seja, a gestante procurava o dentista apenas quando percebia algum problema dentário, sentia dor ou algo parecido. Uma vez que a dor fosse controlada a gestante era liberada até conseguir uma nova vaga, no caso, uma desistência ou conclusão de tratamento dentário. Com a intervenção o tratamento a gestante passou a ser priorizado e já no primeiro mês 2

gestantes (28,6%) tiveram seu tratamento concluído, 3 gestantes (18,8%) no mês 2 e 19 (79,2%) no mês três, conforme visualizado na Figura 16.

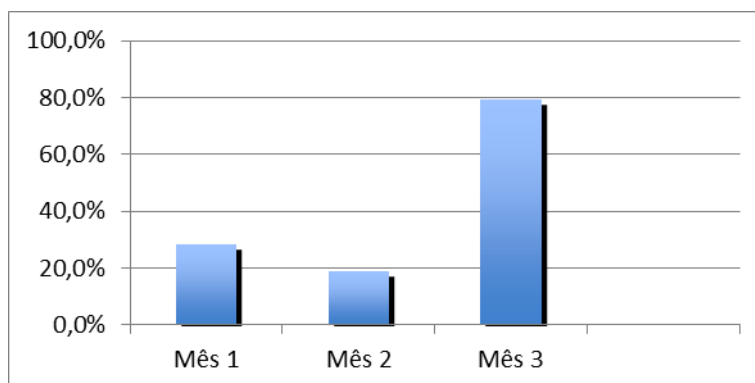


Figura 16: proporção de gestantes com primeira consulta dentária concluída

4. OBJETIVO: Melhorar o registro das informações

META 23: manter o registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação em 100% das gestantes.

INDICADOR: Proporção de gestantes com registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: A intervenção buscou também manter o registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação atualizado de forma a facilitar o acesso de dados para o monitoramento programático e planejamento das ações. No mês 1 da intervenção 18 gestantes (90%) encontrava-se com registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação. Já no segundo mês e no terceiro mês 32 (88,9%) e 39 (100%) gestantes, respectivamente, tiveram sua ficha espelho de pré-natal e vacinação devidamente preenchidas, superando a meta pré-estabelecida. Nas reuniões semanais com a equipe reforçava-se a importância de manter os registros atualizados e organizados.

Na Figura abaixo é possível constatar o número crescente de gestantes que estavam com sua ficha espelho de pré natal e de vacinação devidamente preenchidas.

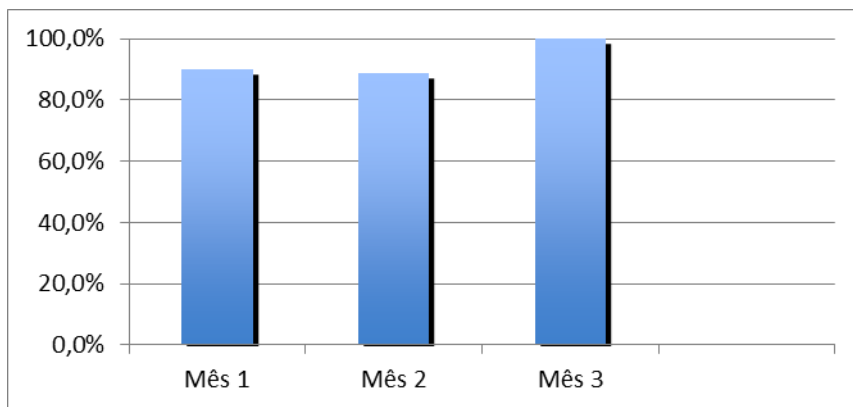


Figura 17. Proporção de gestantes com registro na ficha espelho de pré-natal/ vacinação.

5. OBJETIVO: Mapear gestantes de risco.

META 24: avaliar risco gestacional em 100% das gestantes.

INDICADOR: Proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Essa meta foi projetada a fim de aprimorar a atenção ao pré-natal de nosso serviço que até então não eram estratificadas quanto ao risco gestacional de forma sistemática. Observou-se uma curva ascendente de gestantes com avaliação do risco gestacional ao longo dos três meses, sendo 19 gestantes (95%) no primeiro mês, 35 (97,2%) de gestantes no segundo mês e 39 gestantes (100%) avaliadas no terceiro mês.

A Figura 18 aponta o percentual crescente de gestantes avaliadas quanto ao risco gestacional em nosso serviço durante a intervenção.

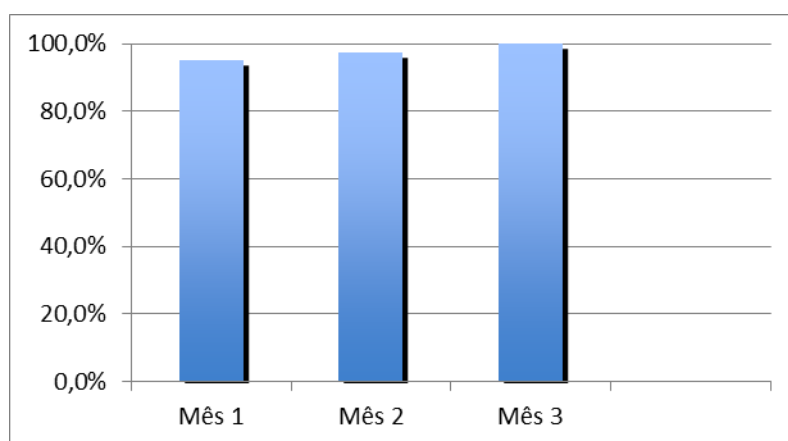


Figura 18. Proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional.

META 25: Realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 100% das gestantes cadastradas na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de gestantes com avaliação de prioridade de atendimento odontológico.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Apesar de não termos atingido a meta, houve uma adesão progressiva das gestantes às ações relativas a sua saúde bucal em nossa unidade, inclusive naqueles relacionadas à priorização do atendimento odontológico. Inicialmente, no mês 1 da intervenção, 6 gestantes (30%) receberam atendimento odontológico prioritário. Esse número aumentou para 12 gestantes (33,3%) no segundo mês e atingiu 20 gestantes (51,3%) no terceiro mês da intervenção.

A Figura 19 permite a visualização do percentual de gestante com avaliação de prioridade de atendimento odontológico.

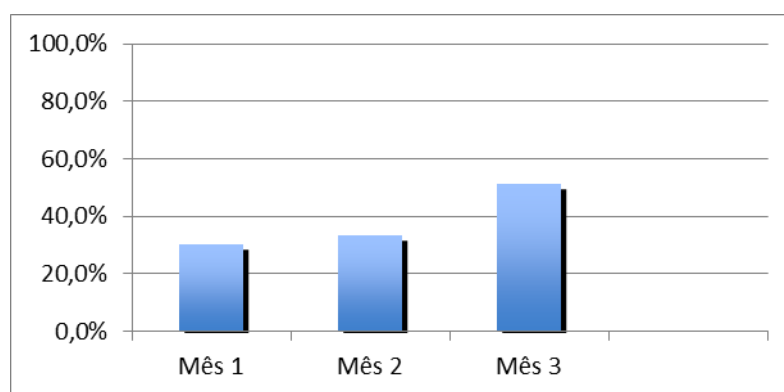


Figura 19. Proporção de gestantes com avaliação de prioridade de atendiodontológico.

6. OBJETIVO: Promover a Saúde no pré-natal

META 26: Garantir a 100% das gestantes orientação nutricional durante a gestação.

INDICADOR: Proporção de gestantes que receberam orientação nutricional.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Um dos focos primordiais da intervenção foi intensificar as ações de educação em saúde à gestante e à comunidade. Após atividades de capacitação da equipe, buscou-se promover a educação em saúde no acolhimento, durante as consultas, na sala de espera, nas visitas domiciliares, em espaços comunitários. Durante os três meses da intervenção

as ações de educação em saúde abrangeram 100% das mulheres acompanhadas em nossa unidade.

No caso específico da ação de orientação nutricional, 20 gestantes (100%) foram beneficiadas com esta ação no primeiro mês, 36 no segundo mês (100%) e 39 no último mês da intervenção (100%).

META 27: Promover o aleitamento materno junto a 100% das gestantes.

INDICADOR: Proporção de gestantes que receberam orientação sobre aleitamento materno.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: A promoção ao aleitamento materno foi amplamente realizada na intervenção com atividades que iam desde orientações (sobre vantagens, técnica correta, elucidação das dúvidas) até realização da amamentação assistida, nas consultas de revisão puerperal. Os ACS foram também capacitados a prestar essas informações para gestante e comunidade. Todas as gestantes adscritas à nossa UBS foram alcançadas com as atividades de promoção do aleitamento durante a intervenção, alcançando 20 gestantes (100%) no primeiro mês, 36 (100%) no segundo mês e 39 (100%) no terceiro mês.

META 28: Orientar 100% das gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido (teste do pezinho, decúbito dorsal para dormir).

INDICADOR: Proporção de gestantes que receberam orientação sobre cuidados com o recém-nascido.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Orientações sobre cuidados com recém-nascido foi outra ação de educação em saúde amplamente trabalhada com as gestantes em nossa unidade, atingindo 100% das gestantes ao longo dos três meses da intervenção, sendo 20 gestantes no mês 1, 36 gestantes no mês 2 e 39 gestantes no mês 3. Com isso conclui-se que a meta não apenas foi alcançada como superada. O gráfico 28 evidencia o percentual de gestantes que receberam orientação sobre cuidados com o recém-nascido.

META 29: Orientar 100% das gestantes sobre anticoncepção após o parto.

INDICADOR: Proporção de gestantes com orientação sobre anticoncepção após o parto.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: No município de Rio Preto da Eva-AM é crescente o número de mulheres jovens que ficam grávidas do segundo filho ainda quando o primeiro encontra-se em fase de amamentação, refletindo em parte que o Programa de Planejamento Familiar (PLAFAM) das UBS do município carecem de ser melhorado. Diante disso, durante a intervenção tentou-se intensificar PLAFAM orientando as gestantes sobre anticoncepção após o parto. Assim, 20 gestantes receberam orientações sobre anticoncepção pós-parto no mês 1 da intervenção, 36 gestantes no mês 2 e 39 no terceiro mês da intervenção, atingindo a meta com 100% das gestantes alcançadas em todos os meses.

META 30: Orientar 100% das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

INDICADOR: Proporção de gestantes com orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: Essa meta foi projetada a fim de se evitar os danos e/ou complicações induzidos pelos vícios do cigarro, álcool ou drogas ilícitas na gestação. Embora a maioria das gestantes tenham recebido orientações alertando sobre os riscos desses vícios na gravidez, duas gestantes deixaram de ser orientadas talvez por esquecimento dos profissionais na hora da consulta ou registro preenchido de modo inadequado na ficha espelho, já que em todas as consultas procurávamos orientar sobre todas as metas propostas. Logo, 19 gestantes receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, etilismo e uso de drogas na gestação no primeiro mês, 35 gestantes foram orientadas no segundo mês e 39 gestantes no terceiro mês, atingindo um percentual de 95%, 97,2% e 100% no mês 1, 2 e 3 da intervenção, respectivamente, conforme demonstrado na Figura 20.

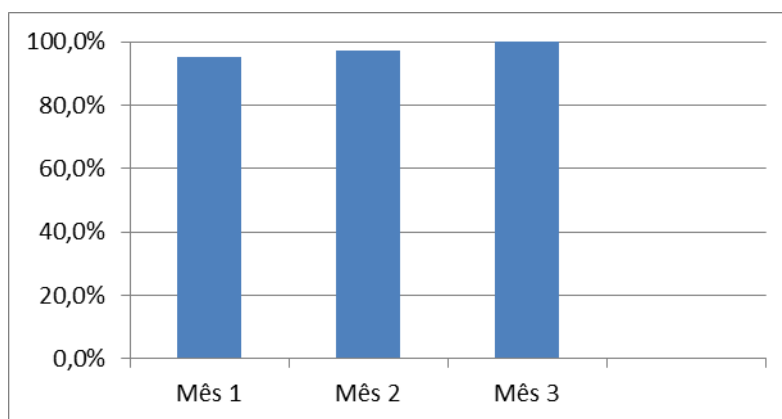


Figura 20. Proporção de gestantes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

META 31: Dar orientações para 100% das gestantes e puérperas com primeira consulta odontológica em relação a sua higiene bucal.

INDICADOR: Proporção de gestantes e puérperas com primeira consulta odontológica com orientação sobre higiene bucal.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: As ações relacionadas à atenção à saúde bucal na gestante foi objeto maior de nossa atenção durante a intervenção por ser uma das que mais carecia de melhorias como identificado na fase do diagnóstico situacional. Assim, a intervenção se preocupou em garantir que as gestantes com primeira consulta odontológica recebessem orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês 7 gestantes foram orientados, seguidas de 16 e 24 gestantes no segundo e terceiro mês. Assim a meta foi alcançada em 100% das gestantes com primeira consulta odontológica receberam orientação sobre higiene bucal ao longo desses três meses de intervenção.

4.2 Discussão

A intervenção, na unidade básica de saúde em que atuo, propiciou a ampliação da cobertura e adesão ao programa de Pré-Natal e Puerpério, antes precário. Ocorreram melhorias na qualidade da assistência com captação precoce da gestante ao pré-natal, priorização de seu atendimento inclusive o odontológico, realização de buscas ativas às gestantes faltosas ou identificadas com exames, procedimentos ou vacinas atrasadas. Buscou-se também garantir junto ao gestor suficiência da oferta de medicações (ex.: sulfato ferroso e ácido

fólico), além de maior agilidade na obtenção dos exames, como, por exemplo, o Beta-HCG, o qual passou a ser realizado na própria UBS, favorecendo o início precoce do pré-natal. Outros exames como solicitação de sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) e urinocultura com antibiograma passaram a ser pedidos como rotina. No que diz respeito aos registro/prontuários foi possível criar um arquivo específico que facilitava o monitoramento sistemático e planejamento das ações. Procedimentos antes não tidos como necessários, como exame trimestral ginecológico e de mamas, passaram a ser incorporados como rotina. Ações de educação em saúde à gestante e comunidade e reuniões com capacitação da equipe passaram a ocorrer de forma institucionalizada.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde. Essa atividade promoveu o trabalho integrado do médico, das enfermeiras, das técnicas de enfermagem, da recepção, dos ACS e da equipe de saúde bucal. Dentre as atribuições, foi designado a recepcionista separar e manter arquivos organizados; para os ACS e técnica de enfermagem, triagem e busca ativa de gestantes faltosas. Enfermeiras e médico compartilharam ações como desenvolvimento de um atendimento qualificado às gestantes, liderança da equipe, realização de reuniões e capacitações com a equipe, além de palestras educativas para comunidade. Era deles também a responsabilidade de demandar do gestor melhorias para o programa e promover o engajamento público para fiscalização e aprazamento dessas transformações almejadas. Ao médico também coube a tarefa de liderar ações de monitoramento, além da exposição de dados, relatórios parciais e gráficos da intervenção a fim de reforçar as metas propostas. À equipe odontológica ficou responsável por organizar os registros, promover à saúde bucal e garantir a priorização do atendimento às gestantes. Todas essas atribuições da equipe funcionando em harmonia contribuíram para “um salto” de qualidade no atendimento à gestante e melhora considerável de nossos indicadores.

Para o serviço, a intervenção gerou um impacto não apenas na atenção ao pré-natal e puerpério, mas trouxe um senso de realização com os resultados alcançados e serviu de exemplo para demonstrar que com boa vontade e determinação é possível organizar todas as demais ações programáticas e

preconizadas pelo Ministério da Saúde sem dispender grandes recursos orçamentários para tanto, como muitas vezes se supõe.

Impactos positivos da intervenção na comunidade também puderam ser notados. A UBS se tornou referência de um atendimento pré-natal de qualidade, vindo inclusive gestantes fora de área e da capital para serem acompanhadas por lá. Alguns avanços alcançados pela intervenção, como maior agilidade na marcação dos exames, maior facilidade de acesso à consulta com dentista, entre outros, foram enaltecidas pelas gestantes. Algumas se queixaram, no entanto, de que com essa nova proposta de atendimento integral, a consulta médica demorava muito, o que as obrigava a passar horas em uma sala de espera não climatizada e desconfortável.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a Análise Situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Faltou também maior articulação com a equipe de saúde bucal, pois, se tivéssemos nos organizado mais precocemente e com maior constância, os resultados alcançados seriam mais expressivos. Ações para garantir a consulta puerperal e realização de busca ativa às gestantes faltosas precisam ser intensificadas. Além disso, é preciso realizar com maior frequência ações educativas em espaços comunitários e de controle social.

Agora que estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe está mais integrada e cooperativa. Porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condição de superar algumas dificuldades encontradas.

A viabilidade de incorporar à intervenção a rotina do serviço dependerá principalmente dos membros da equipe, sobretudo das enfermeiras, de quem espera-se uma posição de liderança, boa vontade e determinação para dar continuidade as ações implementadas e de “contagiar” o novo profissional médico que irá assumir em março com essa nova proposta de atenção ao pré-natal. Há também a necessidade de ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da consulta odontológica à gestante e realização de revisão puerperal. Tomando esse projeto como exemplo, já estamos em processo de implementação do Programa de Saúde da Criança em nossa UBS.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Por ocasião do PROVAB, estive no município de Rio Preto da Eva nos últimos 12 meses, atuando como médico, à princípio na UBS Manápolis e, após, na UBS Ednaide Lopes. Nesta unidade tive a oportunidade de realizar uma análise situacional, uma espécie de “diagnóstico” da situação da UBS em quesitos como estrutura, organização e funcionamento, processo de trabalho, características da população da área de abrangência, entre outros, para que pudesse assim recomendar estratégias de melhoramento do serviço.

Após três meses analisando a UBS mediante questionários e conhecimentos subsidiados pela pós-graduação à distância, foi possível escolher o Programa de Pré-natal e Puerpério como uma das ações programáticas deficientes que carecia ser melhorado. Entre as ações identificadas como deficientes pode-se citar: desorganização do arquivo e forma de preenchimento dos prontuários; início tardio do pré-natal e demora na obtenção de exames; dificuldade de acesso da gestante à consulta com dentista; falta de interação e de treinamento da equipe com base em protocolos; poucas palestras educativas voltadas a população; atendimento “não integral” à gestante, isto é, algumas ações tidas como obrigatórias para o seguimento da gestante com base no Manual do Ministério da Saúde não eram feitas ou feitas de forma insuficiente; inexistência de ações de coleta de dados e monitoramento de forma a subsidiar conversas com gestores em busca de melhorias.

Baseando-se em dados levantados na fase de Análise Situacional, foi elaborado um projeto de intervenção, isto é, um projeto baseado em quatro eixos - monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica – no qual as metas e seus respectivos indicadores foram projetados a fim de alcançar o objetivo maior de ampliar a cobertura do Programa e qualificar a assistência à gestante em nosso serviço.

Como fatores que contribuíram para a intervenção, destaca-se a ótima aceitação da equipe de saúde as novas propostas de organização do programa de pré-natal; a adesão crescente das gestantes as ações implementadas; a

realização de reuniões de capacitação da equipe lideradas pelo médico e por uma das enfermeiras que “contagiaram” a equipe, os incentivando para o alcance das metas; a ideia do município dispor de profissionais inseridos em programas de educação permanente a distância dispostos e aptos para incorporar os conhecimentos adquiridos na rotina do serviço e também para capacitar os demais profissionais.

Ainda que de forma irregular e inconstante, explicados em parte pelo contexto político instável vivenciado pelo município nos últimos meses, a gestão também contribuiu com a intervenção, na medida em que acatou nossas solicitações de priorização da gestante no tocante à agilidade de obtenção dos exames e garantia de insumos e medicamentos necessários ao bom funcionamento do programa de pré-natal. Entretanto, algumas questões políticas também refletiram negativamente na intervenção, como a troca recorrente de profissionais; aplicação limitada de recursos financeiros sendo constante, por exemplo, a falta de medicação na farmácia; atraso no pagamento e/ou ameaça de diminuição do salário dos funcionários, o que minava sua satisfação no trabalho e representava risco de greve; dificuldade em agendar encontros entre gestão, profissionais e representantes da comunidade para discutir melhorias e definir metas e prazos para o cumprimento das mesmas.

A intervenção sem dúvida trouxe resultados promissores para UBS e os indicadores de cobertura e relativos à qualidade da assistência do pré-natal aumentaram consideravelmente. Após atividades de reunião e capacitação da equipe, os prontuários passaram a ser mais organizados, guardados em um arquivo específico facilitando o acesso, sendo anexada a ele uma ficha-espelho a ser preenchida em todas as consultas e que permitia a coleta dos dados necessários para o cálculo dos indicadores e averiguação do alcance das metas nas atividades de monitoramento com a equipe. Conseguiu-se junto a gestão maior agilidade na marcação dos exames como o Beta-HCG, o que facilitou a captação precoce da gestante para o programa. A agenda do dentista, com desafio de atender um excesso de usuários com escassez de materiais e insumos, passou a acolher e priorizar o atendimento a gestante. A equipe passou a ser treinada e atuar de forma mais integrada. Intensificou-se ações de prevenção e promoção a saúde mediante realização de palestras na

sala de espera e orientações durante as consultas. A gestante passou a receber um atendimento qualificado e integral, sendo incorporadas ações que antes não eram tidas como necessárias, como avaliação ginecológica trimestral e de mamas, solicitação de sorologias para toxoplasmose e urinocultura com antibiograma, estímulo ao acompanhamento odontológico e intensificação do programa de planejamento familiar.

Fatores que podem limitar a viabilidade da intervenção a longo prazo são a falta de vínculo com a população, troca recorrente de profissionais, falta de incentivo da gestão em garantir os insumos e medicações necessárias ao funcionamento do programa, a falta de um profissional com perfil de liderar e capacitar a equipe e o distanciamento entre representantes do tripé gestão-profissionais-comunidade na busca por melhorias. Contudo, creio que com a intervenção muitas melhorias já foram incorporadas à rotina do serviço de forma permanente e a experiência adquirida pode servir de exemplo para organizar outros programas como HIPERDIA, Saúde da Criança e da Mulher.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Minha atuação no município de Rio Preto da Eva está chegando ao final de 12 meses e foi um ano rico em experiências. Durante esse período pude vivenciar a realização de uma UBS localizada no ramal do município, na UBS Manápolis, com grandes dificuldades de acesso e que cobre uma população que apesar de ter poucos recursos, é adorável e bastante acolhedora. Após alguns meses, por motivos estratégicos, fui transferido para área urbana para atuar na UBS Ednaide Lopes, onde fiquei por mais tempo e permaneço até hoje, me possibilitando avaliar aspectos positivos e negativos quanto à sua funcionalidade.

Como proposto pela especialização, após uma análise de como se encontrava a situação da unidade, decidi focar no Programa de Pré-natal e puerpério, pois o mesmo não estava sendo executado totalmente como recomenda o Ministério da Saúde. Isso é importante porque o acompanhamento da gestante desde os primeiros meses com garantia do número mínimo de consultas, vacinas, exames, medicações necessárias é

capaz de evitar 90% das mortes de mulheres na gestação além de garantir boas condições de vida para o futuro recém-nascido, prevenindo de complicações como infecções congênitas, malformações, prematuridade.

A partir do momento que detectamos alguns pontos que não estavam de acordo o Manual do Ministério da Saúde, conseguimos melhorar vários aspectos no Programa de Pré-natal e Puerpério da Unidade e foi estabelecido metas a serem alcançadas. Com isso, os prontuários passaram a ser mais organizados. Realizamos mais palestras para gestantes com orientações sobre temas diversos, como aleitamento materno, cuidados com recém-nascido, planejamento familiar. Toda a equipe se reunia semanalmente para treinamento com base no Manual do Pré-natal de Baixo Risco do MS 2012. Qualificamos o atendimento as gestantes com introdução de algumas ações que antes não eram realizadas, como exame ginecológico trimestral e de mama e pedidos de exames que também não eram solicitados como sorologia para toxoplasmose e urinocultura. Por falar em exames, conseguimos também junto ao gestor que às gestantes fossem priorizadas e exames para diagnosticar gravidez e os demais exames fosse realizados com maior agilidade, o que facilitou para várias gestantes iniciarem o seu pré-natal já no primeiro trimestre. Os ACS foram capacitados para fazer a busca de gestantes que faltavam as consultas. No serviço odontológico da unidade, as gestantes passaram a ser priorizadas e quase sempre conseguiam consultas no mesmo dia e turno que buscavam consulta.

Sem dúvida a intervenção que fizemos rendeu muitos frutos, mas para manutenção e contínuo crescimento do programa na unidade se faz necessário não apenas a participação ativa dos profissionais de saúde e dos gestores, mas principalmente da população, por meio de uma força coletiva e de uma co-responsabilização que cada vez mais lute e trabalhe por qualidade nos serviços de saúde.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

A especialização em Saúde da família esta inserida dentro da atenção primária à saúde (APS), de maneira que deve ser o primeiro acesso dos pacientes dentro do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo atuar na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Diversas são as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores do PSF, como dificuldades de acesso, infraestrutura inadequada, falta de medicação, equipes sem profissionais corretamente treinados e falta de organização da gestão, de maneira que todos esses trazem desgaste no dia-a-dia e desestimulam mudanças. Porém, através das informações oferecidas durante a especialização houve um despertar, um desejo de fazer mudanças.

Através dos materiais de estudo, tarefas e participações nos fóruns on-line, foi possível uma troca de conhecimentos, um estímulo a mais para realizar uma capacitação e assim exercer mudanças aplicáveis e concretas na UBS, de maneira a trazer para a prática real os princípios do SUS.

Melhor que estudar somente a teoria, é estudar a teoria aplicando à nossa realidade diária, permitindo assim maior fixação dos conteúdos e maior benefício tanto pra nós especializando quanto para população envolvida.

Outro ganho encontrado durante esses meses, foi a melhor interação com os profissionais da equipe, fortalecimento no relacionamento profissional, o que sabemos ser fundamental para o bom funcionamento de um serviço.

Em suma, através do curso desenvolvi melhor meu raciocínio clínico, mas também conseguir fazer a diferença na unidade na qual desenvolvi as atividades da especialização. Nesse fim, que na verdade é só o início, tornei-me parte da comunidade, parte da equipe, crescendo não apenas profissionalmente, mas também como pessoa.

6. BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao Pré-natal de Baixo risco. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 11p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistência. - Brasília : Ministério da Saúde, 1997.

IBGE. Censo Demográfico 2000, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília; 2000.

OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

REZENDE, J. Obstetrícia. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

ANEXO A – FICHA ESPELHO DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/___
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Nº SISPre-natal: _____ Anos completos de escolaridade ___ Ocupação _____ Estado civil/união: () casada () estável () solteira () outra
 Gesta: ___ Peso anterior a gestação ___ kg Altura ___ cm Tabagista? sim () não () Alguma comorbidade? sim () não () Qual? _____
Informações de gestações prévias
 Nº de nascidos vivos ___ Nº de abortos ___ Nº de filhos com peso < 2500g ___ Nº de filhos prematuros ___ Nº partos vaginais sem fórceps ___ Nº de partos vaginais com fórceps ___
 Nº de episiotomias ___ Nº de cesareanas ___ realizou consultas de pré-natal em todas as gestações? () Sim () Não Data do término da última gestação: ___/___/___
 Alguma comorbidade? sim () não () Qual? _____
Informações da gestação atual
 DUM ___/___/___ DPP ___/___/___ Trimestre de início do pré-natal: ___ Data da 1ª consulta odontológica ___/___/___
 Data da vacina antitetânica: 1ª dose ___/___/___ 2ª dose ___/___/___ 3ª dose ___/___/___ Reforço ___/___/___
 Data da vacina Hepatite B: 1ª dose ___/___/___ 2ª dose ___/___/___ 3ª dose ___/___/___
 Data da vacina contra influenza: ___/___/___

Consulta de Pré-Natal											
Data											
Id.gest.(DUM)											
Id.gest.(ECO)											
Pres. Arterial											
Alt. Uterina											
Peso (kg)											
IMC (kg/m ²)											
BCF											
Apresent. Fetal											
Exame ginecológico*											
Exame das mamas*											
Toque**											
Sulfato ferroso?											
Ácido fólico?											
Risco gestacional***											
Orientação nutricional											
Orientação sobre cuidados com o RN											
Orientação sobre AME											
Orientação sobre tabagismo/álcool/drogas e automedicação											
Data prox.consulta											



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO
FICHA ESPELHO

Exames laboratoriais								
	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Tipagem sanguínea								
Fator Rh								
Coombs indireto*								
Hemoglobina								
Glicemia de jejum								
VDR/L								
Anti-HIV								
IgM Toxoplasmose								
IgG Toxoplasmose								
HBSAG								
Anti-Hbs*								
Exame de urina								
Urocultura								
Antibiograma sensível a*:								
Exame da secreção vaginal*								
Exame para detecção precoce câncer de colo de útero*								
Outros								
Ecografia obstétrica								
Data	IG DUM	IG ECO	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros		

Atenção ao puerpério

Data do parto: ___/___/___
 Local do parto: _____
 Tipo de parto: () vaginal s/ episiotomia () vaginal c/ episiotomia () cesariana.
 Se parto cesáreo, qual a indicação? _____
 Alguma intercorrência durante o parto? () Sim () Não.
 Se sim, qual? _____
 Peso de nascimento da criança em gramas _____

Consulta puerperal

Data		
Pressão arterial		
Fluxo sanguíneo		
Exame das Mamas		
Exame do períneo		
Avaliação da mamada durante a consulta		
Método anticoncepcional		
Sulfato ferroso		
A criança está em AME?		

Marcelo Viana_Coleta de dados Pré-Natal - Saúde Bucal-1_oficial [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número

Formato Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Células

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

C84 =Mês 3\ICB4

Indicadores de Pré Natal - Mês 4												
Dados para Coleta	Número da gestante	Nome da Gestante	A gestante está com esquema vacinal de antitetânica em dia?	A gestante está com esquema vacinal de hepatite B em dia?	A gestante realizou avaliação de saúde bucal?	A gestante fez exame de puerpério entre 30º e 42º dia do pós-parto?	A gestante está com registro adequado no tratamento odontológico concluído?	A gestante está com registro adequado na ficha espelho de pré-natal / vacinação?	A gestante recebeu avaliação de risco gestacional?	A gestante recebeu avaliação de prioridade de atendimento odontológico?	A gestante recebeu orientação nutricional?	A gestante recebeu orientação sobre aleitamento materno?
Orientações de preenchimento	De 1 até o total de gestantes cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1											
2	2											
3	3											
4	4											
5	5											
6	6											
7	7											
8	8											
9	9											
10	10											
11	11											
12	12											
13	13											
14	14											
15	15											

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Marcelo Viana_Coleta de dados Pré-Natal - Saúde Bucal-1_oficial [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número

Formato Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Células

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

C84 =Mês 3\ICB4

Indicadores de Pré Natal - Mês 4						
Dados para Coleta	Número da gestante	Nome da Gestante	A gestante recebeu orientação sobre cuidados com o recém-nascido?	A gestante recebeu orientação sobre anticoncepção para o período pós-parto?	A gestante recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo, álcool e drogas na gestação?	A gestante recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	De 1 até o total de gestantes cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1					
2	2					
3	3					
4	4					
5	5					
6	6					
7	7					
8	8					
9	9					
10	10					
11	11					
12	12					
13	13					
14	14					
15	15					

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Anexo D – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^aProf^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL