

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4**



**QUALIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA UNIDADE DE SAÚDE PARQUE
DOS ESTADOS, SANTA TEREZINHA DE ITAIPU - PR**

THAISSY FERNANDA DE OLIVEIRA

Pelotas,

2014

THAISSY FERNANDA DE OLIVEIRA

QUALIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA UNIDADE DE SAÚDE PARQUE DOS
ESTADOS, SANTA TEREZINHA DE ITAIPU - PR

Trabalho apresentado ao curso de
Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Pelotas – UFPel
como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde da
Família.

Orientadora: Ângela Wilma Rocha

Pelotas,
2014

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

O48q Oliveira, Thaissy Fernanda de

Qualificação do pré-natal na Unidade de Saúde Parque dos Estados, Santa Terezinha de Itaipu - PR / Thaissy Fernanda de Oliveira; Ângela Wilma Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

84 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. Rocha, Ângela Wilma, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais,
José Messias de Oliveira e Márcia de Fátima C. Oliveira,
Pela incansável dedicação e doação. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre em primeiro lugar pela minha vida.

A minha orientadora Ângela Wilma Rocha, pela dedicação e pelo entusiasmo com que orientou este trabalho.

A Equipe de Saúde da Família Parque dos Estados, pela contribuição e participação ativa nesta intervenção.

A todas as gestantes que participaram conosco nesta ação recebendo com carinho e satisfação as nossas orientações e o atendimento ofertado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Proporção de gestantes cadastradas no Programa de pré-natal e Puerpério.....	35
Figura 2 - Proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre.....	36
Figura 3 - Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica.....	37
Figura 4 - Proporção busca ativa realizada às gestantes faltosas às consultas odontológicas.....	37
Figura 5 - Proporção de gestantes faltosas às consultas que receberam busca ativa.....	38
Figura 6 - Proporção de gestantes com prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico.....	39
Figura 7 - Proporção de gestantes com solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia.....	40
Figura 8 - Proporção de gestantes com solicitação de ABO-Rh na primeira consulta.....	41
Figura 9 - Proporção de gestantes com solicitação de glicemia de jejum em dia.....	42
Figura 10 - Proporção de gestantes com solicitação de VDRL em dia.....	43
Figura 11 - Proporção de gestantes com solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia.....	44
Figura 13 - Proporção de gestantes com solicitação de testagem anti-HIV em dia.....	46
Figura 13 - Proporção de gestantes com solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg) em dia.....	46
Figura 14 - Proporção de gestantes com sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) na primeira consulta.....	47
Figura 15 - Proporção de gestantes com o esquema da vacina anti-tetânica completo.....	48

Figura 16 - Proporção de gestantes com o esquema da vacina de Hepatite B completo.....	48
Figura 17 - Proporção de gestantes com avaliação de saúde bucal.....	49
Figura 18 - Proporção de gestantes com registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação.....	50
Figura 19 - Proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional.....	50
Figura 20 - Proporção de gestantes que receberam orientação nutricional.....	51
Figura 21 - Proporção de gestantes que receberam orientação sobre aleitamento materno.....	52
Figura 22 - Proporção de gestantes com orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.....	53
Figura 23 - Proporção de gestantes e puerpéras com primeira consulta odontológica com orientação sobre higiene bucal.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DMG – Diabetes Melito Gestacional

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIPERDIA – Hipertensos e Diabéticos

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PSF – Programa de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	ANÁLISE SITUACIONAL.....	10
1.1	A situação da ESF/APS em nosso serviço.	10
1.2	Relatório de Análise Situacional	12
1.3	Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da Análise Situacional	17
2.	ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	18
2.1	Justificativa	18
2.2	Objetivos e Metas	20
2.3	Metodologia	23
2.3.1	Ações.....	23
2.3.2	Indicadores	24
2.3.3	Logística	31
2.3.4	Cronograma.....	33
3	RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	34
4	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	37
4.1	Resultados.....	37
4.2	Discussão	55
4.3	Relatório da intervenção para gestores	57
4.4	Relatório da intervenção para comunidade	60
5	REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM	62
	BIBLIOGRAFIA	63
	ANEXO	64

OLIVEIRA, Thaissey Fernanda de & ROCHA, Angela Wilma. QUALIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA UNIDADE DE SAÚDE PARQUE DOS ESTADOS, SANTA TEREZINHA DE ITAIPU – PR. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2014.

RESUMO

A assistência ao pré-natal compreende um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do bebê. Essa ação deve ser organizada para atender as reais necessidades das gestantes, inclusive no período puerperal, para garantir uma atenção de qualidade e humanizada. Este trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade de Saúde da Família Parque dos Estados, em Santa Terezinha de Itaipu – PR, para isto previamente foram estabelecidos objetivos e metas específicos. O projeto teve caráter transversal e foi desenvolvido no período de 16 semanas, e após foi realizada análise quantitativa do processo de trabalho do programa de atenção ao pré-natal e puerpério desenvolvido. A intervenção resultou na ampliação da cobertura de atenção ao pré-natal e puerpério, na melhoria dos registros e também na qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos exames laboratoriais, avaliação da saúde bucal e educação em saúde, além de direcionar o melhor atendimento conforme a estratificação de risco de cada gestante monitorada.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Pré-natal; Puerpério; Saúde Bucal.

APRESENTAÇÃO

Este documento trata-se do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas. O volume condensa atividades desenvolvidas ao longo de um ano, entre elas um projeto de intervenção realizado na ESF Parque dos Estados, durante quatro meses.

O trabalho está dividido em cinco partes: análise situacional, análise estratégica, relatório da intervenção, avaliação da intervenção e reflexão sobre o processo de aprendizagem.

A análise situacional compreende a descrição sistemática da unidade de saúde onde se desenvolveu o trabalho, em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da unidade e os processos de trabalho. Isso é feito em dois momentos, no início do curso e ao final das primeiras 16 semanas (no relatório de análise situacional).

A análise estratégica compreende o desenvolvimento do projeto de intervenção, a partir de dados da etapa anterior. O relatório de intervenção foi escrito ao fim das 16 semanas em que se pôs em prática o projeto e a avaliação da intervenção ocorreu com a análise da intervenção e dos resultados obtidos.

Boa leitura!

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 A situação da ESF/APS em nosso serviço

Santa Terezinha de Itaipu é um município localizado no oeste do estado do Paraná, com uma população de 20.841 habitantes (IBGE, 2010). A cidade dispõe de três Estratégias de Saúde da Família (ESF), situados nos três principais bairros da cidade, e também uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no centro da cidade, onde também oferece uma unidade mista de saúde com especialidades médicas e um pronto atendimento destinado às urgências e emergências.

A cidade vem crescendo cada vez mais, principalmente no bairro Parque dos Estados, com o plano Minha Casa Minha Vida, implantado pelo Governo Federal, novos moradores abrem seus loteamentos e pagam com o dinheiro as suas casas que antes pagavam nos aluguéis.

A ESF a qual trabalho é responsável pela área adstrita do bairro Parque dos Estados, e abrange pouco mais de 4000 pessoas. A classe socioeconômica do bairro varia de baixa a média. A estrutura física da unidade é nova devida reforma recente encerrada no 2º semestre de 2012. A unidade conta com consultório médico, de enfermagem e odontológico. Sala de vacina, sala de pré-consulta, sala de procedimento, sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sala de esterilização, sala de inalação. Há também um consultório para os profissionais que prestam apoio a unidade (psicólogo, nutricionista e fonoaudióloga). Cozinha e banheiro para os funcionários. Saguão de espera e três banheiros para os pacientes; e uma recepção destinada ao acolhimento dos usuários.

O horário de funcionamento da unidade é das 07:00 horas da manhã às 16:30 horas da tarde, e não fecha no horário de almoço. A equipe atuante é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, sete ACS, uma dentista, uma auxiliar de dentista, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Com exceção do médico que faz 6 horas diárias, o restante da equipe cumpre uma carga horária de 40 horas semanais. Há atendimento médico, odontológico e de enfermagem diariamente; e uma vez na semana a nutricionista e o psicólogo prestam atendimento na unidade.

A equipe trabalha com sistema informatizado e interligado entre as unidades do município, além disso, os prontuários dos pacientes são todos eletrônicos. São ofertadas em torno de 40 consultas diárias, sendo que as mesmas são todas pré-agendadas e algumas vagas são reservadas para demanda espontânea (urgências clínicas).

A equipe de saúde bucal faz agendamento quinzenal das consultas e uma vez na semana faz atividade coletiva com crianças e adolescentes nas escolas do bairro. E também reserva um dia da semana para atender pacientes especiais, como gestantes, portadores de deficiência e portadores de doenças crônicas.

Há pouco tempo a unidade aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e vem se esforçando o máximo possível para manter a qualidade do serviço.

A ESF desenvolve acompanhamento de grupos específicos, como gestantes, crianças de 0 a 2 anos, pacientes hipertensos e diabéticos. Atividades coletivas como campanhas de promoção e prevenção de doenças são desenvolvidas esporadicamente.

A comunidade abrangida, de maneira geral, compreende e aceita bem a rotina da unidade, porém, algumas dificuldades ainda são encontradas no processo de trabalho, até mesmo pela própria cultura da população que visa o atendimento médico curativo como primordial e essencial. Encontramos no dia a dia uma demanda exagerada de pacientes para consulta médica, dificuldade de aderência das mães nos programas de puericultura, falta de comprometimento dos agentes comunitários com o serviço, falta de agentes comunitários para cobrir 100% da área adstrita, sendo que atualmente apenas 70% da área encontra-se coberta por ACS, a comunidade em geral também apresenta uma característica peculiar e alarmante pela grande quantidade de pessoas, tanto adultos como jovens, que fazem o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos.

Há muito que ser feito ainda, mas estamos caminhando para alcançar a excelência na unidade, porém, é visível que uma boa gestão, uma equipe dedicada e unida, junto a uma nova percepção da população sobre atenção básica faz-se necessário para atingir um melhor funcionamento e organização da unidade.

1.2 Relatório de Análise Situacional

Santa Terezinha de Itaipu é um município localizado no oeste do estado do Paraná e compreende uma população de 20.841 habitantes, segundo o CENSO de 2010. A cidade dispõe de três Unidades Básicas de Saúde com Saúde da Família, situados nos três principais bairros do município, e também uma UBS com um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no centro da cidade, conjugada com uma unidade mista de saúde que oferece atendimento com algumas especialidades médicas e um pronto atendimento destinado ao atendimento das urgências e emergências.

Não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município, mas já há o projeto para implantação do mesmo, pois já há o atendimento clínico de profissionais como psicólogo, nutricionista, fonoaudióloga uma vez na semana nas unidades básicas. O atendimento aos pacientes que precisam de fisioterapia é realizado por uma clínica contratada pela prefeitura para prestar esse serviço. Os exames laboratoriais são coletados nas unidades básicas de saúde uma vez na semana, também por um laboratório prestador de serviço.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuo localiza-se na área urbana da cidade e segue o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), não há vínculo com instituições de ensino, a unidade é cadastrada atualmente no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e recebe o incentivo do governo federal para melhorar todo o atendimento e serviço ofertado para a comunidade.

A unidade é composta por uma equipe básica com um enfermeiro, um médico clínico geral, uma auxiliar de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e também uma equipe de Saúde Bucal modalidade 1 composta por uma cirurgiã dentista e uma auxiliar de dentista. Com exceção do médico que faz 6 horas diárias, o restante da equipe cumpre uma carga horária de 40 horas semanais, sendo que o atendimento é realizado de segunda à sexta-feira das 07:00 horas às 16:30 ininterruptamente.

A estrutura física da unidade segue as normas do Ministério da Saúde e está em ótimas condições para atendimento, há ainda algumas peculiaridades em relação a pintura, mas que já estão sendo resolvidas. A unidade conta com um consultório médico com banheiro, um consultório de enfermagem com banheiro, um

consultório de dentista, sala de inalação, sala de procedimentos, sala de pré-consulta, sala de vacina, sala de esterilização e armazenamento de materiais e expurgo. Uma sala para a coordenação da unidade, onde também é realizado atendimento pelos profissionais psicólogo, nutricionista e fonoaudióloga; uma sala para os agentes comunitários de saúde, uma recepção e saguão de espera para os pacientes aguardarem o atendimento, três banheiros, um masculino, um feminino e outro para deficientes físicos. Há também uma cozinha e um banheiro para os funcionários da unidade. Ao fundo da unidade está localizado os lixos para gerenciamento dos resíduos da unidade.

O atendimento a população é realizado diariamente pela unidade e seguem um cronograma de atendimento, porém há também o acolhimento a demanda espontânea. A população e o espaço físico da área adstrita vêm aumentando gradativamente, e por isso, a demanda tanto para consultas médicas, quanto para atendimento odontológico e de enfermagem vem aumentando cada vez mais. Outro fator que interfere inclusive nos indicadores de saúde é a presença de uma população bastante flutuante, devido a cidade de Santa Terezinha de Itaipu localizar-se próxima a cidade de Foz do Iguaçu que faz fronteira com o Paraguai, de onde muitas pessoas procuram a unidade para tratamento de doenças crônicas, vacinas, exames e procedimentos.

Isso dificulta o processo de trabalho até mesmo dos agentes comunitários de saúde que são os responsáveis pelos cadastros e só são autorizados a realizar o mesmo após 3 meses de residência fixa do paciente no bairro. O acompanhamento desse paciente é conflituoso e muitas vezes eles abandonam o tratamento ou então terminam o mesmo e vão embora para o seu país de origem.

Aproximadamente 4.100 pessoas residem na área adstrita da UBS, o perfil demográfico da população segundo estimativas aponta que cerca de 49% da população seja do sexo masculino e 51% do sexo feminino. Uma população com predominância por adultos jovens e de classe socioeconômica variável.

Atualmente apenas cinco agentes comunitários de saúde estão atuando, sendo que 40% da área encontra-se descoberta, porém, já foram solicitados mais agentes comunitários e os mesmos estão sendo providenciados segundo a gestão municipal, o objetivo é cobrir 100% da população com os agentes comunitários e por

enquanto mesmo com a comunidade crescendo de forma acentuada não há previsão para implantação de duas equipes.

O acolhimento à demanda espontânea acontece diariamente e proporciona que o paciente seja atendido na unidade e que o seu problema seja resolvido pela equipe, quando isso não é possível o paciente é encaminhado para resolução do problema em outra unidade ou pronto atendimento, mas de maneira geral a demanda espontânea é controlada pela equipe. A população ainda tem uma cultura um tanto antiquada, e procura muito sem necessidade o pronto atendimento da cidade, o qual está atualmente saturado pela quantidade absurda de atendimentos que poderiam ser resolvidos na unidade básica de saúde.

Na unidade os vários grupos populacionais são atendidos rotineiramente, e em relação à saúde da criança é realizada a puericultura como forma de acompanhamento e avaliação do crescimento e desenvolvimento dessas crianças. Não há estabelecido nenhum protocolo que oriente essa ação na unidade, a puericultura acontece duas vezes na semana e é realizada pela enfermeira, quando necessário após avaliação desta profissional a criança é encaminhada ao clínico ou pediatra dependendo da situação.

O registro é realizado diretamente no prontuário eletrônico da criança e a próxima consulta já é agendada pela enfermeira. O problema atual é que há bastante área descoberta pelos agentes comunitários devido a falta desses profissionais o que dificulta a busca ativa dos faltosos.

Conforme o Caderno de Ações Programáticas estima-se que 74 crianças menores de um ano residem na área adstrita pertencente à unidade, porém, como atualmente o território não se encontra coberto totalmente por agentes comunitários é possível que muitas crianças ainda não estejam cadastradas ou não estão sendo acompanhadas. A dificuldade de buscar os faltosos e também a não aderência ao programa de algumas mães justificam os baixos indicadores de cobertura das ações para esse grupo.

O pré-natal é realizado pela enfermeira da unidade com todas as gestantes de risco habitual, seguindo as normatizações do programa Rede Cegonha do governo federal e também do programa Mãe Paranaense do governo estadual do Paraná. As consultas de enfermagem são todas pré-agendadas para apenas um

período, manhã, da semana, nessa consulta é agendada também a consulta com o médico obstetra que acontece na unidade central da cidade.

As gestantes apresentam resistência para aderirem às consultas de enfermagem, mas aos poucos estão se adaptando a essa nova rotina da unidade, uma vez que as consultas eram realizadas anteriormente somente pelo médico obstetra na própria unidade e não havia consulta com a enfermeira, eram realizadas apenas palestras organizadas e coordenadas pela enfermeira, quinzenalmente, ministradas por um profissional de saúde, como o dentista, nutricionista, psicólogo e assistente social. Não ocorre educação continuada em grupo, somente nas consultas com a enfermeira é que são tiradas as dúvidas e realizado orientações para as gestantes, a dentista faz atendimento as gestantes somente quando estas procuram o serviço.

Atualmente cerca de 30 gestantes fazem acompanhamento de pré-natal na unidade, a cobertura de pré-natal, segundo o Caderno de Ações Programáticas é de 49%, pode-se atribuir essa baixa cobertura devido a falta de agentes comunitários na área, que possibilita buscar as gestantes que não procuram a unidade para fazer o pré-natal, mas também há gestantes que procuram o serviço particular ou plano de saúde, essas não são acompanhadas pela enfermeira, mas todas gestantes independente do plano devem ser acompanhadas pelos agentes comunitários.

Todas as gestantes que são acompanhadas na unidade realizam os exames laboratoriais conforme protocolo utilizado, um dos indicadores mais baixos e que exige maior atenção por parte da equipe é o atendimento a saúde bucal das gestantes e também o exame ginecológico que não é realizado pela enfermeira e nem pelo médico. A dificuldade de organização dos registros dificulta o levantamento de dados e impossibilita uma avaliação das maiores necessidades da população, inclusive das gestantes.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama na unidade é oferecido o rastreamento para o Câncer de Colo de Útero por meio do exame citopatológico em todas as mulheres que procuram a unidade para fazer o exame, não há agendamento para realizá-lo; já a mamografia é realizada em uma cidade conveniada para realizar o exame, para isso as mulheres acima de 40 anos são encaminhadas com requisição específica preenchida pelo médico ou enfermeira para o agendamento do exame. Anualmente são realizadas

duas campanhas no período noturno para ampliar o acesso das mulheres ao rastreamento.

Segundo o Caderno de Ações Programáticas estima-se que 1.058 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos residem na área adstrita da unidade, o número real tanto de mulheres existentes na área quanto a cobertura dessa população, não é possível atualmente devido a maneira de registros e acompanhamento, muitas vezes os exames alterados não chegam até a unidade e a paciente é contactada pela unidade central, e esse processo dificulta a equipe de identificar e acompanhar essas mulheres precocemente.

O acompanhamento dos hipertensos e diabéticos acontece por meio do programa HIPERDIA que acontece a cada dois meses, onde todos pacientes portadores dessas duas doenças são reunidos no centro comunitário ao lado da unidade de saúde, nessas reuniões é realizado a mensuração do peso e pressão arterial dos pacientes e também um profissional convidado pela equipe ministra uma palestra sobre um tema específico sobre a saúde, e também são distribuídos os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.

Há pouco tempo foi implantada a consulta de enfermagem a todos os pacientes hipertensos e diabéticos, para melhorar o atendimento a esses pacientes, a consulta é pré-agendada e os enfermeiros tem autonomia para solicitar exames de rotina e renovar as receitas dos medicamentos de uso contínuo dos pacientes, conforme protocolo da secretaria de saúde.

A equipe odontológica atende aos pacientes hipertensos e diabéticos uma vez na semana, e o agendamento é realizado previamente. Estima-se que 858 hipertensos e 245 diabéticos pertencem a UBS, mas atualmente aproximadamente 400 hipertensos e 110 diabéticos são acompanhados pelo HIPERDIA, mas devido o processo de trabalho e registros, e também há falta de agentes dificultam o acesso a cobertura real dessa população. Não há atividades de educação em saúde realizadas periodicamente a não ser as palestras bimensais do HIPERDIA.

A maioria dos pacientes que participam do HIPERDIA e que vão as consultas de enfermagem tem acima de 60 anos, essa é a única ação que a unidade tem para acompanhar os pacientes idosos, não há programas específicos para esta população. Estima-se que cerca de 450 pessoas acima de 60 anos residam na área adstrita da unidade, o processo de trabalho da equipe na acompanha com ações

especiais essa população e a maneira de registros em prontuário eletrônico não permite a equipe buscar os dados reais de cobertura dessa população.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da Análise Situacional

A unidade em que atuo tem uma ótima estrutura física, isso permite um atendimento com qualidade e conforto aos pacientes, porém ainda há grandes falhas no acompanhamento da população que influi diretamente e especialmente nos grupos prioritários como gestantes, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis, entre outros. Na tentativa de responder ao Caderno de Ações Programáticas foi possível visualizar como os dados estão falhos e a falta de informação e conhecimento existente sobre a comunidade. Os registros utilizados atualmente não possibilitam identificar a situação real da população e isso demonstra a grande necessidade de implantar além dos registros informatizados, ferramentas específicas a cada grupo populacional que permita uma avaliação constante e um acompanhamento mais detalhado da população. Inicialmente ao responder a situação da unidade em que atuo, não era possível visualizar as reais condições do processo de trabalho da equipe e como essa ação não está favorecendo o atendimento da população, atualmente a organização do atendimento encontra-se mal estruturada. Pois não está sendo possível nem ao menos visualizar a população real e suas características, e sem esses dados primordiais torna-se ainda mais difícil oferecer um serviço de qualidade que seja resolutivo e eficiente. Isso tudo implica em melhorar as ferramentas e o processo de trabalho da equipe, com constante avaliação das ações e necessidades da unidade.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

A avaliação mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade é a tendência temporal de queda de mortalidade materna e infantil. No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender as reais necessidades da população de gestantes, inclusive no período puerperal, para garantir uma atenção de qualidade e humanizada, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios de recursos disponíveis mais adequados para cada caso (BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para saúde da gestante e do concepto (GONÇALVES, R. 2008).

Segundo o Caderno de Ações Programáticas estima-se que na área de abrangência da unidade residem cerca de 60 gestantes, no entanto, atualmente apenas 30 mulheres são cadastradas no programa e fazem acompanhamento pelo serviço. Um período da semana é reservado para as consultas de pré-natal, sendo às terças-feiras de manhã. Atualmente é oferecido apenas o atendimento pela enfermeira, pois o médico clínico geral não realiza pré-natal, as gestantes são encaminhadas então pela enfermeira a unidade central para consulta com médico obstetra. As gestantes faltam com frequência às consultas, e também não tem acompanhamento odontológico.

O processo de trabalho desenvolvido para as gestantes encontra-se desorganizado e limitado, desde a busca ativa das gestantes que está prejudicada devido à falta de agentes comunitários de saúde, a demanda para atendimento odontológico que é extremamente baixa, pois não há agendamento programático para este grupo, além de o médico da unidade não possuir nenhum vínculo com as gestantes, isso tudo contribui com uma sobrecarga da enfermeira da unidade que precisa acolher todas as gestantes, mas não tem o apoio do restante da equipe. Atualmente nenhuma atividade de educação em saúde é realizada em grupo, as orientações são feitas apenas individualmente pela enfermeira durante a consulta,

esta ação também se torna falha, pois muitas gestantes faltam às consultas e perdem as orientações, além do grupo possibilitar a troca de experiências e dúvidas entre as gestantes.

As ações de saúde precisam estar direcionadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materno-infantil. Essa atenção ao pré-natal de qualidade pode contribuir com a diminuição dos coeficientes da mortalidade materna e infantil, os quais estão entre os principais indicadores de condições de vida e saúde de uma população. Espera-se que com a organização do processo de trabalho, a equipe melhore a qualidade da assistência ao pré-natal e período puerperal com ações humanizadas, preventivas e resolutivas.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral:

- Melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério.

2.2.2 Objetivos Específicos:

- Ampliar da cobertura do pré-natal.
- Melhorar a adesão e qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na UBS.
- Melhorar o registro de informações.
- Mapear as gestantes de risco e promover a saúde no pré-natal.
- Promover a Saúde no Pré-Natal.

2.2.3 Metas:

Para cada objetivo específico foram propostas metas baseadas na organização do trabalho da Unidade de Saúde, nos recursos disponíveis e no tempo determinado para a realização da intervenção.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do pré-natal:

Metas:

1.1 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 60%.

1.2 Garantir a captação de 60% das gestantes residentes na área de abrangência da unidade de saúde no 1º trimestre de gestação.

1.3 Ampliar a cobertura de 1º consulta odontológica, com plano de tratamento, para 60% das gestantes cadastradas.

Objetivo 2: Melhorar a adesão ao pré-natal:

Metas:

2.1 Realizar busca ativa de 100% das gestantes faltosas às consultas de pré-natal.

2.2 Fazer busca ativa de 100% das gestantes, com 1º consulta odontológica programática, faltosas às consultas.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade de atenção ao pré-natal e puerpério realizado na unidade

Metas:

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

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

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

3.6 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de ABO-Rh, na 1º consulta.

3.7 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de Hemoglobina e Hematócrito em dia.

3.8 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de glicemia de jejum em dia.

3.9 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de VDRL em dia.

3.10 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma.

3.11 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de testagem anti-HIV em dia.

3.12 Garantir a 100% das gestantes a solicitação de sorologia para Hepatite B (HBSAg), na 1º consulta.

3.13 Garantir a 100% das gestantes a sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) na 1º consulta.

3.14 Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina antitetânica.

3.15 Garantir que 100% das gestantes completem o esquema da vacina de Hepatite B.

3.16 Realizar avaliação de Saúde Bucal em 100%das gestantes durante o pré-natal.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

Metas:

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

Objetivo 5: Mapear as gestantes:

Metas:

5.1 Avaliar risco gestacional em 100%das gestantes.

5.2 Realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 100%das gestantes cadastradas na unidade de saúde

Objetivo 6: Promover a saúde no pré-natal:

Metas:

6.1 Garantir a 100%das gestantes orientações nutricionais durante a gestação.

6.2 Promover o aleitamento materno junto a 100%das gestantes.

6.3 Orientar 100%das gestantes sobre os riscos do tabagismo e do uso do álcool e drogas na gestação.

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

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção com um corte transversal, a ser desenvolvido no período de 16 semanas, com análise quantitativa do processo de trabalho do programa de atenção ao pré-natal e puerpério desenvolvido em uma Estratégia de Saúde da Família. Para a coleta de informações será utilizada uma planilha com campos específicos para auxiliar na quantificação dos dados; também será utilizada uma ficha espelho para o acompanhamento da gestante e puérpera cadastrada no programa, além dos registros encontrados no prontuário eletrônico das pacientes.

2.3.1 Ações

Em relação a cada objetivo, foram traçados conjuntos de ações que se articulam nos 4 eixos pedagógicos propostos pelo curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

As ações a serem implantadas serão constantemente monitoradas pela equipe. Sendo que a avaliação e o acompanhamento das condições clínicas serão de responsabilidade exclusiva da enfermeira e médico da unidade a qual acontecerá mensalmente a cada consulta com a gestante, as atividades de busca ativa e cadastro dos pacientes é responsabilidade primordial do agente comunitário de saúde, já a equipe de saúde bucal será responsável pelo monitoramento das consultas odontológicas e classificação de risco. A fim de ampliar a cobertura do pré-natal a enfermeira será responsável pelo monitoramento semanal de todas as ações.

O serviço precisará da colaboração de toda a equipe para melhor organização das ações, assim sendo, materiais como impressos, medicações e exames laboratoriais e de imagem serão de responsabilidade da gestão para que a gestante tenha todos os recursos necessários para um pré-natal de qualidade e que o risco sejam reduzido significativamente.

Para que a equipe e a gestão tenham um bom resultado será necessário que a população seja incluída nessa ação, a participação da comunidade será

indispensável para o desenvolvimento das atividades, assim sendo, toda a população serão informados sobre as facilidades de acesso ao serviço e também os benefícios e qualidade do programa. Também todas as sugestões serão levadas em consideração para melhorar o nível do acesso e qualidade das gestantes pela equipe.

Para que todas as ações tenham um resultado positivo será indispensável a capacitação de toda a equipe da unidade para desenvolver suas atividades com segurança e praticidade, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde. Essa capacitação ocorrerá na própria unidade e será coordenada pela Enfermeira, somente as informações sobre saúde bucal será desenvolvida pela dentista.

2.3.2 Indicadores

Para acompanhar a evolução da intervenção e alcance das metas serão utilizados alguns indicadores relativos a cada objetivo proposto.

Objetivo 1: Ampliar a Cobertura de Pré-Natal

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Objetivo 2: Melhorar a adesão ao pré-natal

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na unidade.

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Indicador: 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.

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

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 cadastradas no Programa de pré-natal e Puerpério pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador: Melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério realizado na unidade.

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.

Indicador: 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

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Indicador: Proporção de gestantes com o esquema da vacina antitetânica completo.

Numerador: Número de gestantes com vacina antitetânica em dia.

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

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Objetivo 4: Melhorar registro das informações.

Indicador: Proporção de gestantes com registro na ficha espelho 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.

Objetivo 5: Mapear as gestante de risco.

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Objetivo 6: Promover a saúde no pré-natal.

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Indicador: 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.

Indicador: 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

O Manual Técnico utilizado para embasar as ações da atenção ao pré-natal e puerpério será o Caderno de Atenção Básica nº 32 publicado em 2012, que dispõe sobre a atenção ao pré-natal de baixo risco, ele é um material desenvolvido pelo Ministério da Saúde com intuito de apoiar as equipes da atenção básica no processo de qualificação do cuidado e constitui em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores de organizar seu processo de trabalho e dos processos de educação permanente fortalece a atenção ao pré-natal. Além disso, será utilizado também o protocolo de Rede Cegonha, desenvolvido e disponibilizado pelo Ministério da Saúde, assim como as diretrizes do Programa Mãe Paranaense, desenvolvido pela Secretaria Estadual do Estado do Paraná; além de outras bibliografias e/ou materiais que serão consultados periodicamente a fim de atualizar ou tirar dúvidas sobre assuntos referentes atenção ao pré-natal conforme for a necessidade da equipe.

A unidade é informatizada e trabalha somente com prontuários eletrônicos, os quais são interligados por sistema municipal, ou seja, em qualquer unidade é possível acessar ao prontuário eletrônico da paciente. Os registros das gestantes além do prontuário eletrônico serão incorporados na ficha espelho a ser implantada, a qual será a mesma disponibilizada pelo curso, ela dispõe de informações necessárias para um acompanhamento completo da mulher tanto no período do pré-natal como no puerpério.

A maioria das ações será desenvolvida na própria unidade, com exceção da educação em saúde que será desenvolvida no salão comunitário localizado ao lado da unidade, e será realizada pela enfermeira e dentista a princípio; e caso seja possível contará com o auxílio de outros profissionais como nutricionista, psicólogo e assistente social. A capacitação da equipe será embasada nas recomendações do Ministério da Saúde e será realizada na própria unidade pela enfermeira e quando for o caso pela dentista, na sala dos agentes comunitários de saúde que é utilizada também para a realização de reuniões em equipe.

Mensalmente a enfermeira examinará a planilha eletrônica de coleta de dados, a ficha espelho e também a carteirinha das gestantes durante as consultas, para analisar e monitorar o acompanhamento de pré-natal e puerpério da mulher. A dentista também identificará em sua agenda a gestante faltante na 1ª consulta

odontológica e repassará a informação aos agentes comunitários que serão responsáveis pelas buscas ativas. Ao fazer a busca o agente já agendará a gestante para nova consulta com a enfermeira, médico ou dentista conforme o cronograma de atendimento da unidade.

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

As ações implantadas no programa foram possíveis com a colaboração de toda a equipe, sempre sob coordenação e supervisão da enfermeira, e também contou com o apoio da gestão, assim como a participação e sugestão de toda a comunidade pertencente à área adstrita a Unidade de Saúde. A primeira etapa foi expor a toda a equipe o programa com suas metas e ações, assim como definir e esclarecer segundo as diretrizes do Ministério da Saúde e governo do estado do Paraná o protocolo de atendimento às gestantes e, por fim, definir o fluxo de atendimento da unidade, e enfatizar a necessidade de toda a equipe no processo de trabalho, além de ressaltar a atribuição de cada profissional envolvido. Inicialmente houve resistência por parte de alguns profissionais, principalmente para a integração do atendimento, mas ao final da intervenção foi possível ver a evolução positiva e que toda a equipe passou a aderir a nova forma de atendimento às gestantes.

A comunidade foi informada em todo momento sobre o programa, principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares, e também todos os demais profissionais da equipe, incluindo recepção, auxiliar de enfermagem, enfermeira, médico, dentista e auxiliar de dentista passaram a informar e esclarecer à toda a população sobre o programa, também aproveitamos uma pré-conferência de saúde realizada no bairro com a presença dos profissionais da unidade, gestão e usuários, para divulgar o programa.

O programa precisou da colaboração da gestão e foi correspondido em todos os momentos, desde a disposição de equipamentos, impressos, liberação de exames laboratoriais e de imagem, e também transporte das gestantes, quando necessário. Porém, um fator importante, mas que não foi possível definir antes do término da intervenção, mas que está em discussão, é referente ao fluxo de transferências e contra-referências, especialmente das gestantes de alto risco e risco intermediário que não podem e não devem realizar o pré-natal apenas na unidade básica. De nada adianta a gestante ser estratificada em relação ao seu risco gestacional e não receber o devido acompanhamento, assim sendo, a gestão ainda está definindo como funcionará o encaminhamento dessas mulheres, e no momento elas permanecem sendo acompanhadas na unidade central pelo obstetra responsável.

O atendimento clínico mensal realizado pela enfermeira, médico e dentista foi realizado integralmente, todas as consultas passaram a ser agendadas, e as gestantes já saíam das consultas com o retorno agendado, a primeira consulta odontológica era agendada pela enfermeira, e nessa primeira consulta odontológica a gestante era classificada pela dentista conforme o seu risco bucal.

Os ACS passaram a realizar visita mensal a todas as gestantes, e também foram responsáveis pela busca ativa das mesmas quando necessário, além de levar e trazer informações inerentes ao pré-natal da gestante.

Apenas duas ações não foram possíveis realizar no período da intervenção, mas as mesmas serão com certeza incorporada ao programa, uma delas foi o exame ginecológico das gestantes que não foi realizado, pois na rotina de atendimentos tornou-se inviável tanto a enfermeira quanto ao médico, mas as gestantes foram orientadas a trazer a consulta o último preventivo, e quando não havia tempo de realização do mesmo, foram orientadas a realizar após a gestação.

Outra ação que não foi concretizada foi o grupo de gestantes com objetivo de informação e educação em saúde para as gestantes, essa ação não foi desenvolvida, principalmente devido a ocorrência da mudança de gestão na saúde, implantação de unidades novas na cidade. O objetivo do grupo é entre outros incorporar uma equipe multidisciplinar, e para isso precisávamos de outros profissionais que não foram disponibilizados ou não puderam colaborar nesse momento, mas com a certeza de que o grupo vai acontecer já estamos definindo data e profissionais responsáveis pela coordenação dos encontros. Porém, as ações de educação e promoção da saúde foram realizadas individualmente durante as consultas e visita domiciliar.

A coleta de dados foi facilitada devido à implantação da ficha espelho de acompanhamento de pré-natal e puerpério, disponibilizada pelo curso, assim como a planilha diária de registro das ações. Muitas vezes a falta de tempo devido a demanda na unidade dificultou o registro das informações que necessitavam ser passadas para a ficha espelho, carteirinha da gestante, prontuário eletrônico e planilha de registros diária, o que demandava uma grande gama de anotações e pouco tempo para isso, por mais que as consultas fossem programadas, há outras demandas na unidade que impossibilitam dedicação exclusiva as gestantes. Há, portanto, necessidade de melhor organização do processo de trabalho da equipe.

Ao final da intervenção foi possível observar os resultados de forma mais concreta e também o déficit encontrado em algumas ações, muitas vezes, devido a própria falta de registro, mas com a ação já realizada, isso também interferiu até mesmo no resultado dos indicadores. Outra questão que dificultou um pouco foi coletar os dados da dentista e do médico e passar para a ficha espelho e planilha diária, mas ao final foi possível agrupar todas as informações necessárias.

A consulta puerperal é um indicador que ficou defasado, principalmente pela dificuldade da equipe em fazer com essa gestante retornasse a para unidade até o período de 45 dias pós-parto, outro indicador que também apresentou ao final um baixo índice foi o que visava a prioridade no atendimento odontológico, uma vez que as consultas foram marcadas por ordem de agendamento conforme a agenda e demanda, e somente já na consulta a com a dentista a gestante recebia a avaliação de saúde bucal e agendamento do retorno conforme a necessidade. Outro indicador que também foi possível visualizar um índice baixo foi o exame ginecológico, uma vez que o mesmo não foi realizado na unidade.

A implantação das ações foi eficaz e eficiente, possibilitou uma amplitude no atendimento às gestantes e também visivelmente melhorou a qualidade no atendimento, observado principalmente pelo comportamento das gestantes que passaram a procurar mais a unidade. O novo fluxo e organização do pré-natal tornaram o processo de trabalho mais prático e organizado, definiu melhor as atribuições dos profissionais envolvidos e criou um novo vínculo com toda a comunidade, sem dúvida as dificuldades são imensas, principalmente o envolvimento do trabalho interdisciplinar, a busca das gestantes não acompanhadas ou faltosas, mas, contudo a unidade conta com ótima estrutura física, profissionais capacitados e apoio e colaboração da gestão, por isso, percebo uma evolução positiva no programa com um potencial ainda maior e incrementado na rotina do serviço.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Um dos objetivos do programa visava ampliar a cobertura do pré-natal realizado pela unidade, segundo estimativas o total de gestantes pertencentes à área adstrita era cerca de 60 gestantes, entretanto, no início da intervenção 33 gestantes apenas faziam acompanhamento pela UBS.

A meta principal era ampliar a cobertura das gestantes residentes na área de abrangência pelo programa de pré-natal ofertado pela unidade para 60%, ao final da intervenção a cobertura total de gestantes foi de 54,8%, 34 mulheres, como é possível observar na figura 1. Na área de abrangência da unidade há um grande número de gestantes que fazem pré-natal pela rede privada de saúde, e isso sem dúvida interferiu no resultado das metas, assim como a falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para captação precoce das gestantes.

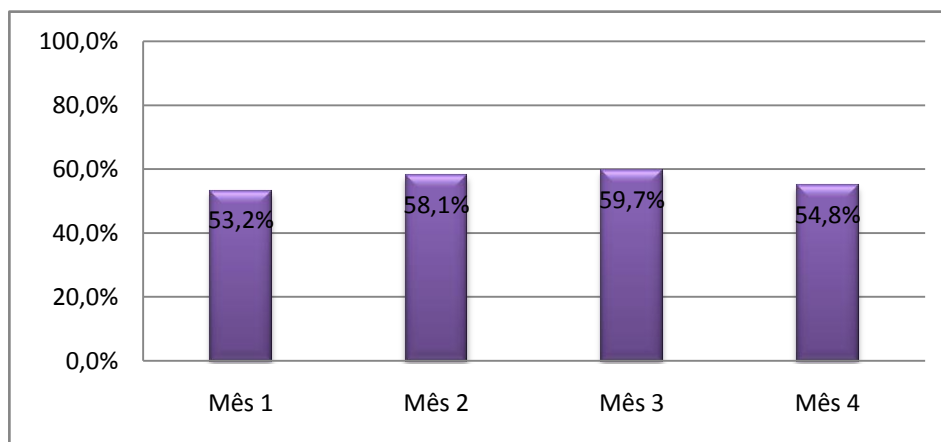


Figura 1 - Proporção de gestantes cadastradas no Programa de pré-natal e Puerpério.

Das gestantes cadastradas no programa 82,4%, totalizando 28 mulheres ao final da intervenção, foram captadas no primeiro trimestre de gestação, como mostra o gráfico (figura 2), a meta inicial era de 60% essa ação é extremamente importante, pois a captação precoce das gestantes possibilita maiores vantagens e segurança para a mãe e o filho.

Através do programa a gestante é encaminhada para a realização de exames que detectam possíveis riscos e doenças que podem ser transmitidas da mãe para o feto. Nestes casos, existem tratamentos específicos que evitam ou diminuem esta possibilidade.

É importante lembrar que a eficácia destes tratamentos é sempre maior quando iniciados precocemente. Houve nesse indicador uma sutil variação desde o primeiro mês da intervenção, mas nos quatro meses a cobertura permaneceu acima de 80%, sendo que algumas gestantes são difíceis de captar no primeiro trimestre, principalmente, porque vem de outro município ou até mesmo outro país, como Paraguai, para realizar o pré-natal na cidade devido facilidade do acesso.

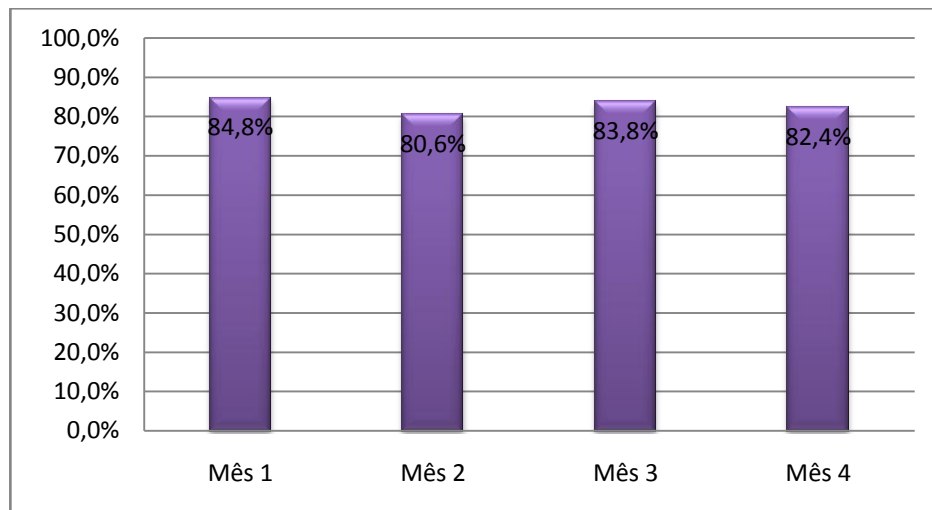


Figura 2 - Proporção de gestantes captadas no primeiro trimestre.

Além disso, ainda com intuito de ampliar a cobertura do pré-natal, foi estabelecida a meta de implantação de 1º consulta odontológica, com plano de tratamento, para pelo menos 60% das gestantes cadastradas. No início da intervenção nenhuma gestante havia realizado a primeira consulta odontológica, sendo que depois dos quatro meses é possível observar que 61,8% das mulheres (21 gestantes) passaram por avaliação odontológica ao final da intervenção. Conforme as gestantes iniciavam o pré-natal a primeira consulta odontológica passou a ser agendada já nesse momento, e assim, foi possível observar uma ação crescente a cada mês.

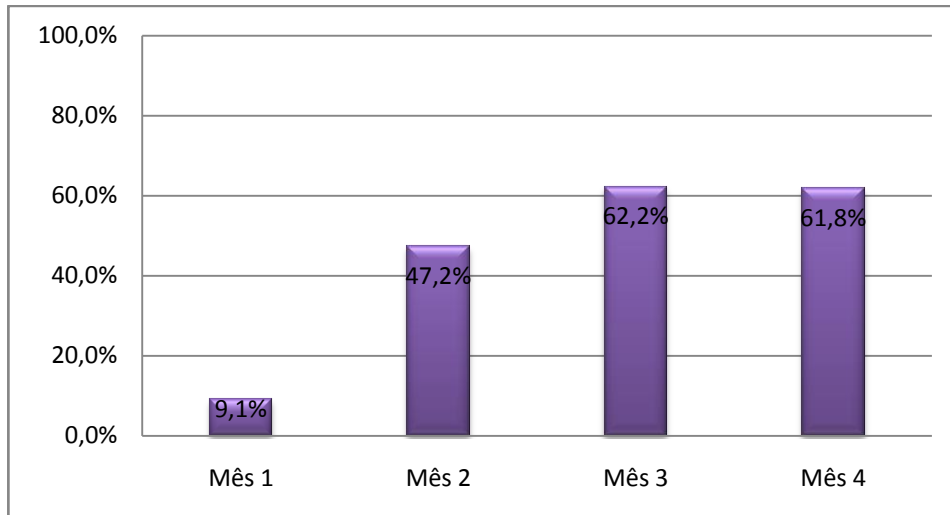


Figura 3 - Proporção de gestantes com primeira consulta odontológica.

Todas as gestantes que faltaram a consulta agendada receberam busca ativa, realizada pelo ACS que nessa ação já saíam com a data próxima consulta agendada. Essa ação tornou-se essencial para que o acompanhamento das gestantes permanecesse em dia (figura 4). A maior dificuldade foi buscar as gestantes que residiam em área descoberta, mas quando acontecia tal situação, deslocávamos um ACS de outra micro-área para realizar a busca ativa, quantas vezes fossem necessárias.

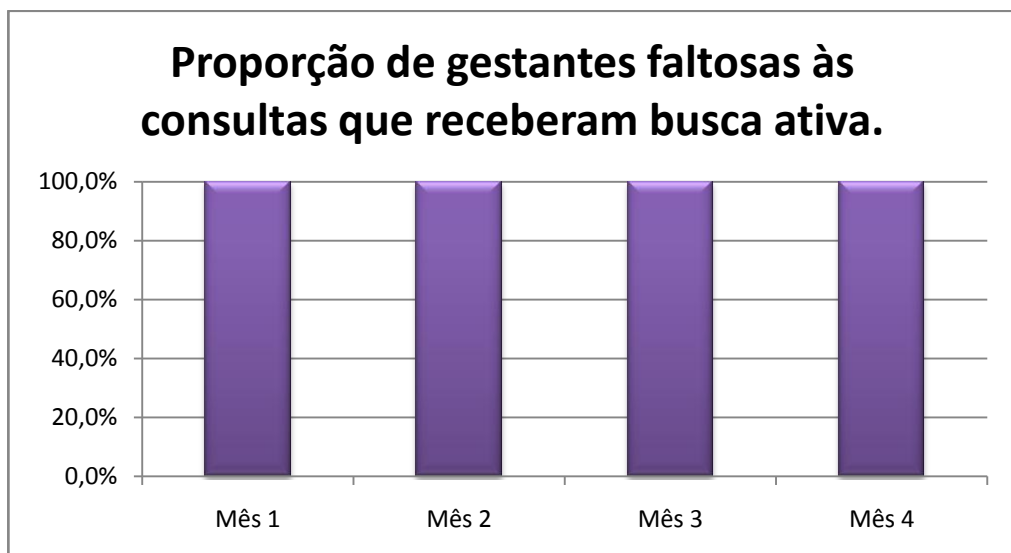


Figura 4 - Proporção de gestantes faltosas às consultas que receberam busca ativa.

A dentista disponibilizou um dia de sua agenda para atendimento das gestantes, as quais foram agendadas durante a consulta da enfermagem, conforme a demanda e preenchimento das vagas da agenda. Assim após o agendamento da primeira consulta a busca ativa e o retorno ficaram sob responsabilidade da dentista, a qual refere que o indicador apresentou-se inferior, como mostra a figura 5, devido a dificuldade de acesso ao profissional ACS e entre este e as gestantes, mas ao final da intervenção ao menos 90% das gestantes, 27, receberam busca ativa para retorno a primeira consulta odontológica.

Este indicador, em particular, mostra que, quando a equipe realiza um planejamento de forma multidisciplinar, o princípio da integralidade torna-se mais próximo de ser alcançado.

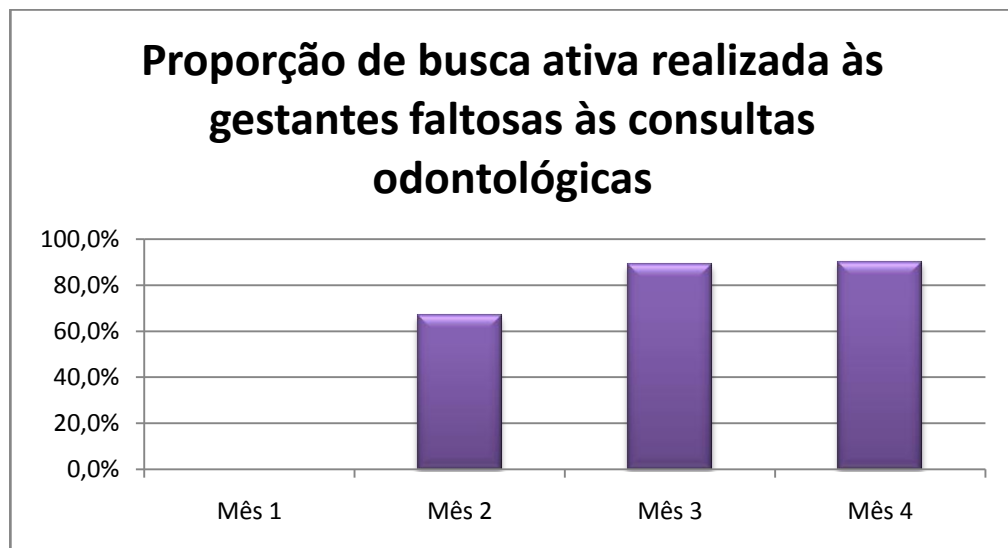


Figura 5 - Proporção busca ativa realizada às gestantes faltosas às consultas odontológicas.

O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período gestacional, preferencialmente até o 7º mês.

O exame ginecológico mostrou-se um objetivo de difícil intervenção na rotina do serviço, pois, houve controvérsias em relação a sua indicação no período gestacional, mesmo o exame sendo recomendado pelo Ministério da Saúde, o

profissional médico optou por não sugerir o mesmo para as gestantes acompanhadas, assim, tornou-se uma ação difícil, pois sendo a enfermeira a responsável pela coleta, a mesma não poderia contrariar a conduta do outro profissional, mas a questão já foi levada para discussão com a gestão e estará presente no protocolo de pré-natal a ser implantado futuramente. O exame clínico das mamas também é uma importante ação que permite a detecção precoce de anormalidades nas mamas e também representa uma ótima oportunidade para esclarecer dúvidas sobre os cuidados para posterior aleitamento materno. Infelizmente foi uma ação que ficou prejudicada pela sobrecarga de ações e tornou-se inviável de ser realizada na rotina das consultas, por isso, na maioria das vezes não foi realizada. Mas ainda procuramos abrir espaço maior na agenda que possibilite aperfeiçoar essa ação. Abaixo, segue o gráfico que representa a ação durante a intervenção, não sendo possível ainda alcançar a meta.

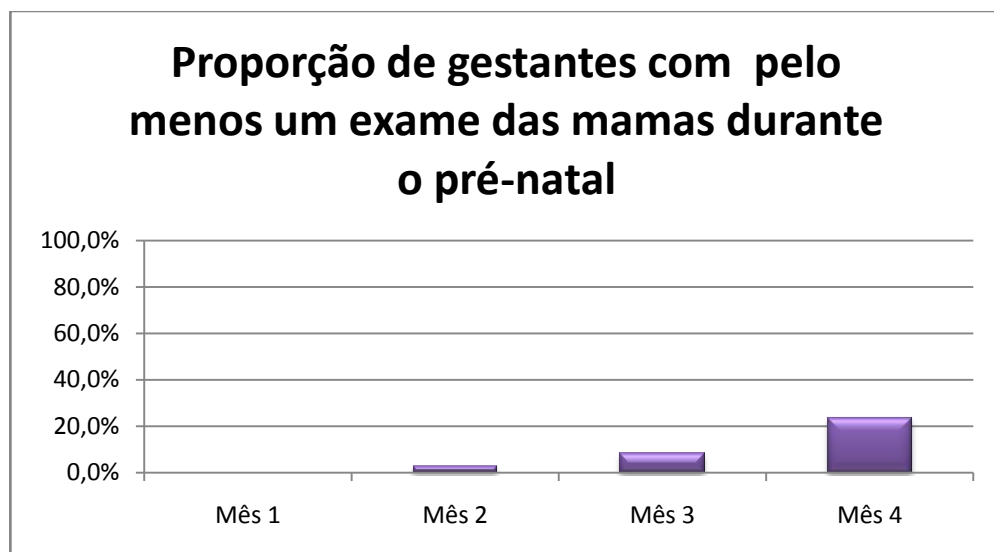


Figura 6 - Proporção de gestantes com pelo menos um exame das mamas durante o pré-natal.

A fim de melhorar a qualidade de atenção ao pré-natal e puerpério oferecido na unidade, entre outras metas, algumas foram garantir que todos os exames, medicamentos e imunizações fossem disponibilizados as gestantes para 100% das gestantes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como anemia na gravidez os valores de hemoglobina abaixo de 11mg/dl e afirma que,

aproximadamente, 30% das mulheres gestantes, nos países em desenvolvimento, são afetadas pela doença. A anemia por deficiência de ferro e ácido fólico durante a gravidez tem sido associada a várias condições adversas, incluindo o elevado risco de mortalidade materna durante o período perinatal, o baixo peso ao nascer e partos pré-termos.

Por esse motivo, como medida profilática, é recomendável que toda gestante tome de 30 a 60mg/dl de Sulfato Ferroso, durante o 2º e o 3º trimestre da gravidez e, após o parto, até o término da lactação ou por dois a três meses para não-lactantes. Já anemia por falta de folato (ácido fólico) é o mais importante fator de risco para os defeitos do tubo neural identificado até hoje. A suplementação periconcepcional e durante o primeiro trimestre de gravidez tem reduzido tanto o risco da ocorrência como o risco de recorrência para os defeitos do tubo neural em cerca de 50 a 70%.

Por isso, mostra-se tão importante a prescrição dessas substâncias para as mulheres acompanhadas, e ao final da intervenção é possível observar que 100% das gestantes acompanhadas receberam a prescrição do ácido fólico e sulfato ferroso, além de receberem a prescrição já no primeiro contato com o profissional de saúde, a gestão disponibilizada essa medicação na farmácia municipal para facilitar o acesso das mulheres ao medicamento.

A figura 6 mostra que alcançamos nossa meta em todos os meses de intervenção, garantindo a cobertura de suplementação de micronutrientes para todas as gestantes.

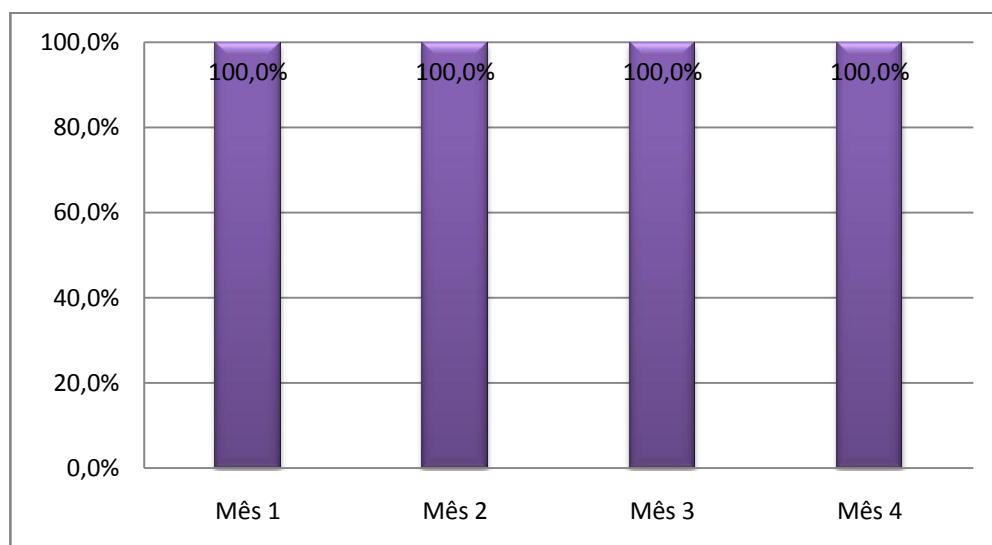


Figura 6 - Proporção de gestantes com prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico.

Segundo a linha guia do Programa Mãe Paranaense durante o pré-natal deve ser garantido a todas as gestantes os seguintes exames:

- Hemograma completo (Hemograma e Hematócrito);
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto (se for Rh negativo);
- Glicemia de jejum;
- Sorologia para sífilis (VDRL);
- Anti-HIV
- Sorologia para Hepatite B (HBSAg)
- Sorologia para Toxoplasmose (IgM e IgG);
- Exame de Urina e Urocultura;
- Parasitológico de Fezes;
- Ultrassonografia obstétrica, não obrigatório, apenas com a função de verificar a idade gestacional;
- Citopatologia de colo de útero (se houver indicação clínica);
- Exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica);
- Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).

Como mostra a figura a seguir (figura 7), 100% das gestantes realizaram a tipagem sanguínea e fator RH. Esse exame possibilita a prevenção da doença hemolítica do recém-nascido.

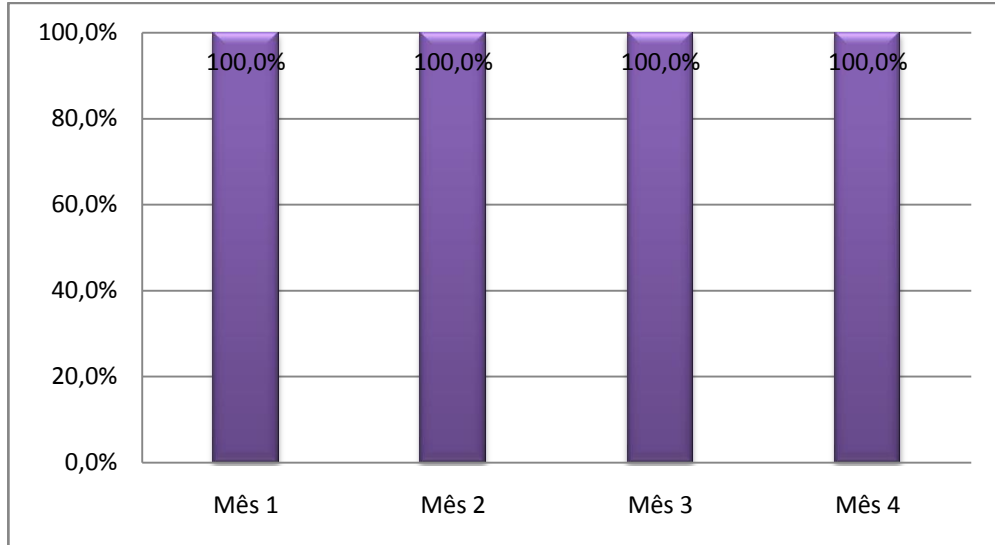


Figura 7 - Proporção de gestantes com solicitação de ABO-Rh na primeira consulta.

Ao início da intervenção esperava-se que pelo menos 100% das gestantes tivessem os exames laboratoriais solicitados em dia, conforme a fase gestacional. Pode-se observar que, no primeiro mês das ações conseguimos garantir para todas as gestantes. Contudo, nos meses seguintes houve um decréscimo deste indicador e, ao final das ações, que mais de 94,1% das gestantes acompanhadas tiveram a solicitação dos exames no tempo ideal da gestação. É possível ver na figura número 8 que a solicitação de hemoglobina e hematócrito foram abaixo do esperado, essa porcentagem é extremamente importante, uma vez que, a dosagem sérica de hematócrito e hemoglobina tem comprovada evidência na prevenção, diagnóstico e tratamento da anemia materna.

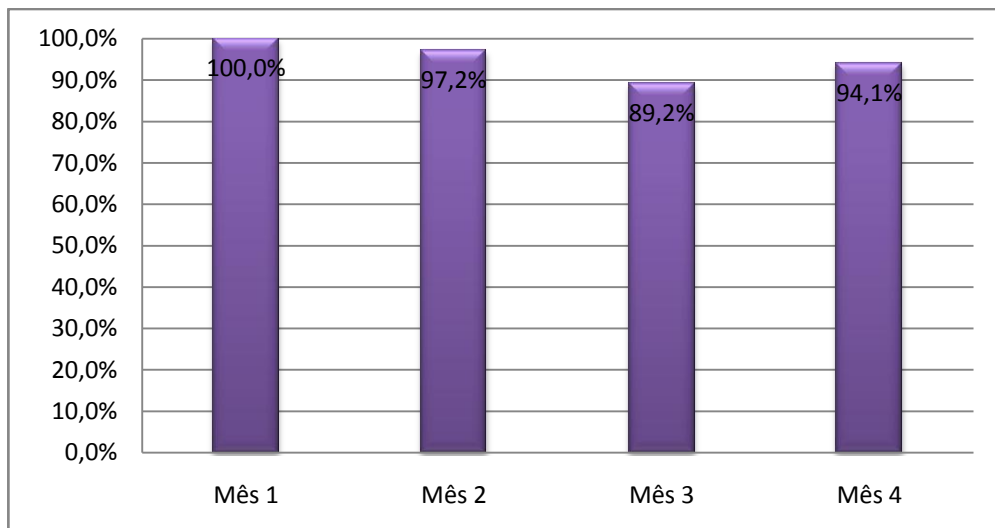


Figura 8 - Proporção de gestantes com solicitação de hemoglobina/hematócrito em dia.

Infelizmente, houve um decréscimo deste indicador possivelmente devido a falha nos registros, assim como a gestante pode ter pedido a fase do exame por ter iniciado o pré-natal tardiamente ou antecipado o parto, uma vez que todas as gestantes faltosas receberam busca ativa e mantiveram os exames em dia.

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o diabetes melitos gestacional (DMG), independentemente da presença de fatores de risco.

O diagnóstico de DMG é extremamente importante, pois, a gestante portadora não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré-termo, feto com apresentação pélvica e feto macrossômico. Há também risco elevado de pré-eclâmpsia nessas pacientes.

Com relação ao feto, além da macrossomia, o risco para o desenvolvimento de síndrome de angústia respiratória, cardiomiopatia, icterícia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e policitemia com hiperviscosidade sanguínea, encontra-se fortemente aumentado. Com o diagnóstico precoce, o tratamento será iniciado o mais breve possível, evitando as complicações mencionadas. A figura 7 mostra que no primeiro mês da intervenção todas as gestantes tiveram sua solicitação de exame para glicose em jejum em dia, decaindo no segundo e terceiro mês e alcançando o rastreamento do DMG em mais de 94,1% das gestantes acompanhadas ao final da intervenção.

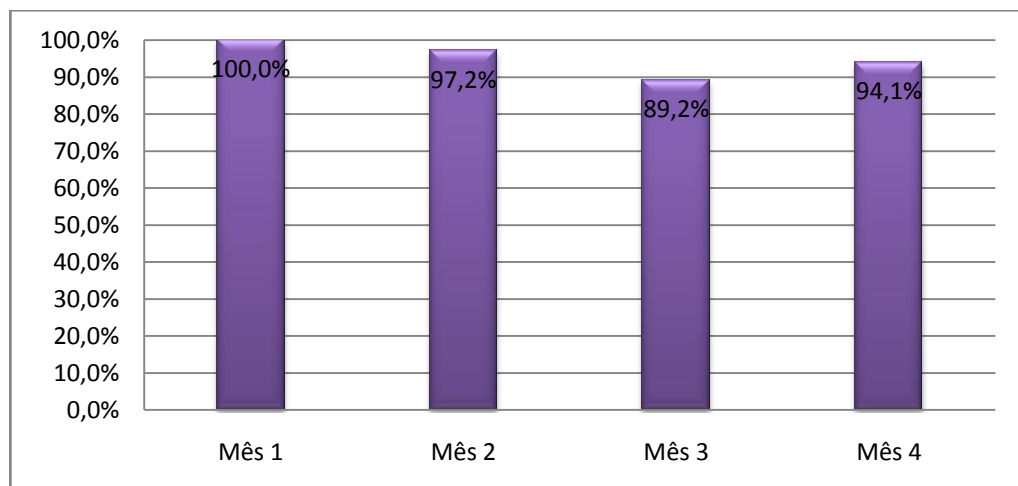


Figura 9 - Proporção de gestantes com solicitação de glicemia de jejum em dia.

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido-puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, nos países subdesenvolvidos, em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadoras da Sífilis. No Brasil, estima-se que 3,5% das gestantes sejam portadoras desta doença, havendo risco de transmissão vertical de *Treponema Pallidum* em aproximadamente 50 a 85% e taxas de mortalidade perinatal de até 40%. (LORENZI et al, 2001)

A figura a seguir mostra a proporção de gestantes com solicitação de VDRL em dia:

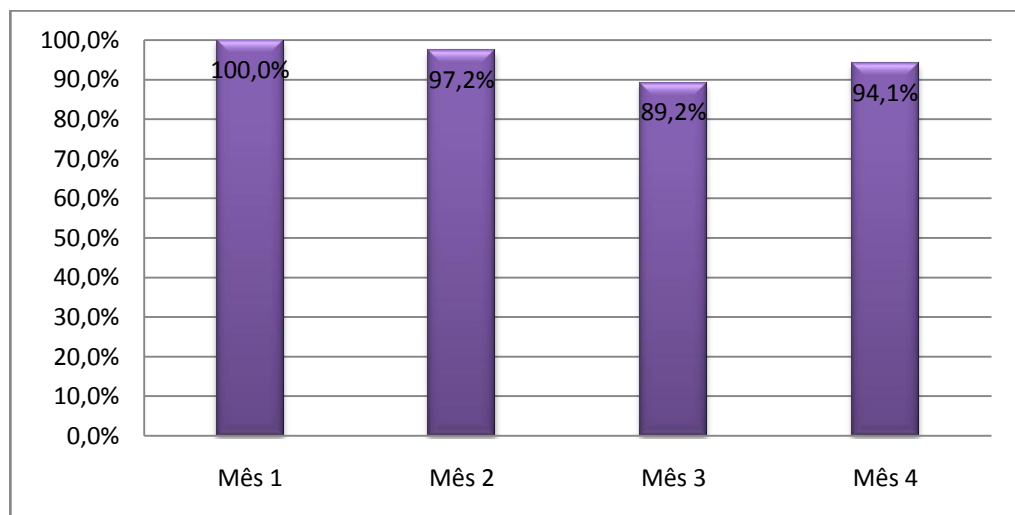


Figura 10 - Proporção de gestantes com solicitação de VDRL em dia.

A infecção do trato urinário na gestação representa a complicação clínica mais freqüente, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. Cerca de 2% a 10% das

apresentam bacteriúria assintomática, sendo que 25% a 35% desenvolvem pielonefrite aguda (CALDERON, 2006)

O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Este exame deve ser oferecido de rotina no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez (BRASIL, 2012). A meta em relação a solicitação de Urina tipo com urocultura foi superada no primeiro mês de modo que 100% das gestantes tiveram esses exames solicitados em dia, conforme mostra a figura 11.

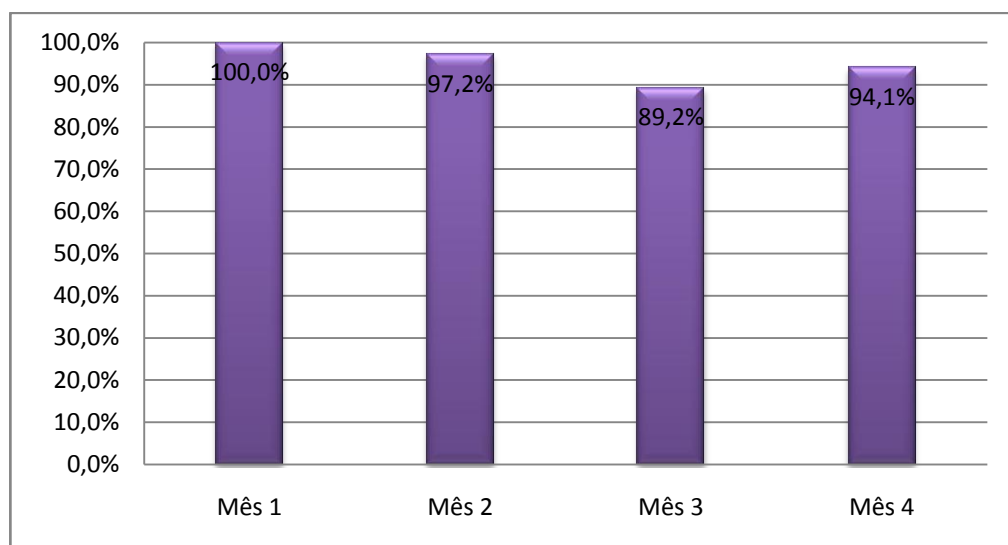


Figura 11 - Proporção de gestantes com solicitação de exame de Urina tipo 1 com urocultura e antibiograma em dia.

Estudos epidemiológicos apontam para indicadores que delimitam o atual perfil da epidemia de AIDS, dentre eles destaca-se a feminilização da doença. Esse processo envolve a associação com a via de contágio heterossexual e a relação com a idade reprodutiva da mulher.

A realização do exame anti-HIV no pré-natal é de fundamental importância, pois assegura à mulher o direito à informação e a receber tratamento e medicamentos antiretrovirais, evitando a transmissão vertical do HIV na maioria dos casos. Além disso, em cerca de 65% dos casos de gestantes HIV - positivas, a transmissão do vírus ocorre no período próximo ao parto ou durante o parto. Essa ação impõe aos gestores de políticas públicas de saúde a obrigação de estabelecer estratégias eficazes para o rastreamento da infecção nas grávidas e, assim, proteger o futuro bebê quando a mãe está contaminada (SILVA, 2008).

Por isso, torna-se imprescindível o requisito do exame anti-HIV a todas as gestantes, e durante a intervenção no programa de pré-natal da unidade foi possível observar que cerca de 90% do exame foi solicitado em dia às mulheres (figura 12).

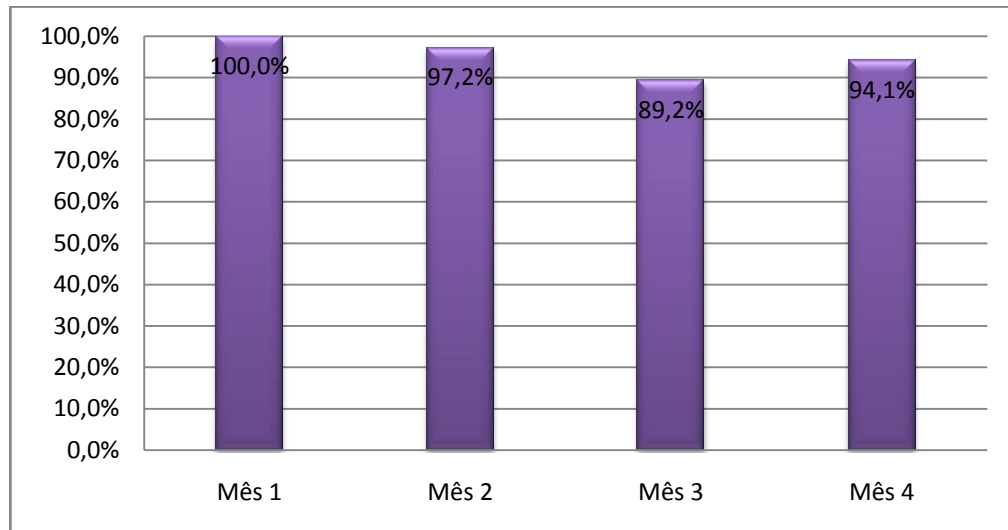


Figura 12 - Proporção de gestantes com solicitação de testagem anti-HIV em dia.

Conforme mostra o gráfico 13, todas as gestantes acompanhadas receberam a solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg), alcançando 100% das gestantes.

A Hepatite B é a infecção aguda mais comum do fígado e representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Por isso, o rastreamento para hepatite deve ser oferecido para todas as mulheres grávidas, a fim de oferecer vacinação para as mulheres susceptíveis e intervenções no pós-parto para as mulheres infectadas, de modo a diminuir o risco de transmissão materno-fetal. Para isso, o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) deve ser solicitado nos exames pré-concepcionais na primeira consulta de pré-natal.

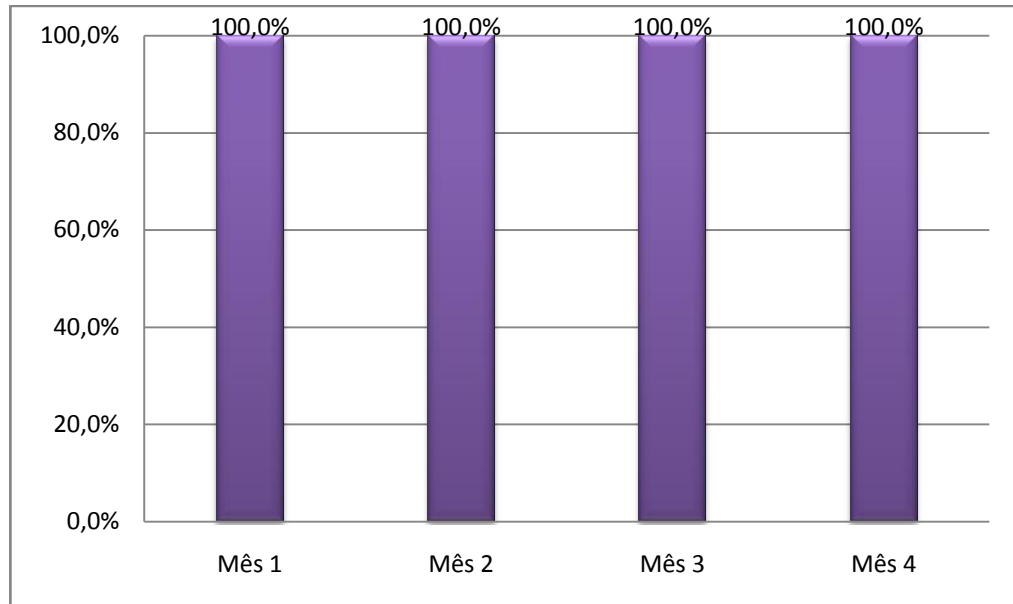


Figura 13 - Proporção de gestantes com solicitação de sorologia para hepatite B (HBsAg) em dia.

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes da toxoplasmose congênita podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e seqüelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental (ARAUJO, 2010).

Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii* na gravidez se reveste de importância, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas seqüelas. O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis para seguimento posterior. O seguimento visa à prevenção da infecção aguda por meio de medidas de prevenção primária. Já a detecção precoce objetiva prevenir a transmissão fetal e também proporcionar o tratamento, caso haja contaminação intraútero.

Recomenda-se a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM na primeira consulta de pré-natal, uma vez que o diagnóstico é eminentemente laboratorial.

Ao final da intervenção é possível visualizar, figura 14, que 100% as gestantes receberam a solicitação da sorologia para toxoplasmose, conseguindo alcançar a meta estabelecida.

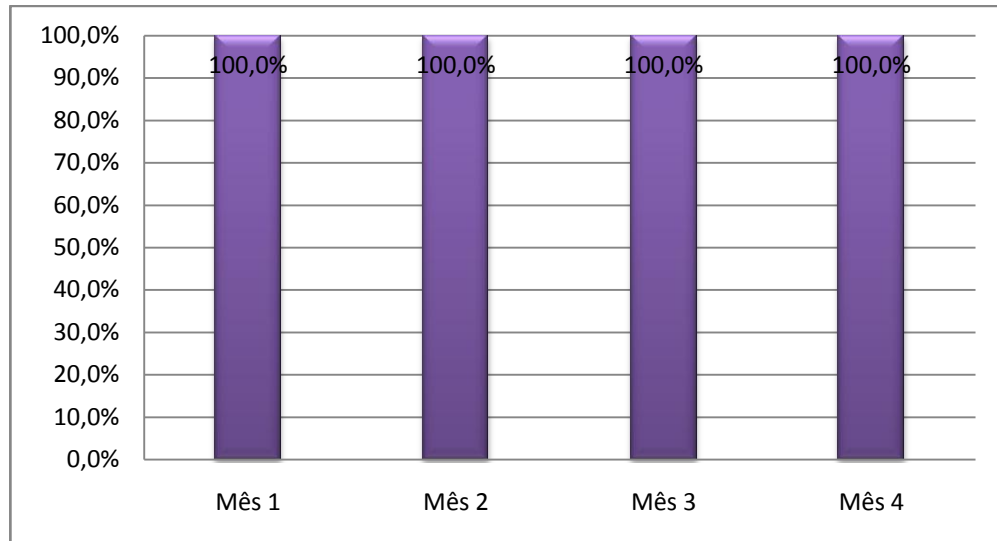


Figura 14 - Proporção de gestantes com sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) na primeira consulta.

Para o esquema da vacinação esperava-se que 100% das gestantes cadastradas no programa completassem o esquema da vacina antitetânica e Hepatite B. Ao finalizar a intervenção mais de 90% das gestantes completaram os seus esquemas de vacinação (figura 13 e 14).

A vacina anti-tetânica (dT) é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal. Para a gestante não vacinada e/ou com situação vacinal desconhecida, deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional. O esquema recomendado consta com três doses da vacina.

Para a gestante vacinada, mas com esquema incompleto, deve-se apenas completar o esquema das três doses o mais precocemente possível, com intervalo mínimo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias entre elas. A gestante com esquema vacinal completo e última dose há menos de cinco anos não é necessário realizar a vacina, já a gestante com esquema vacinal completo, sendo a última dose há mais de 10 anos, recomenda-se aplicar uma dose de reforço.

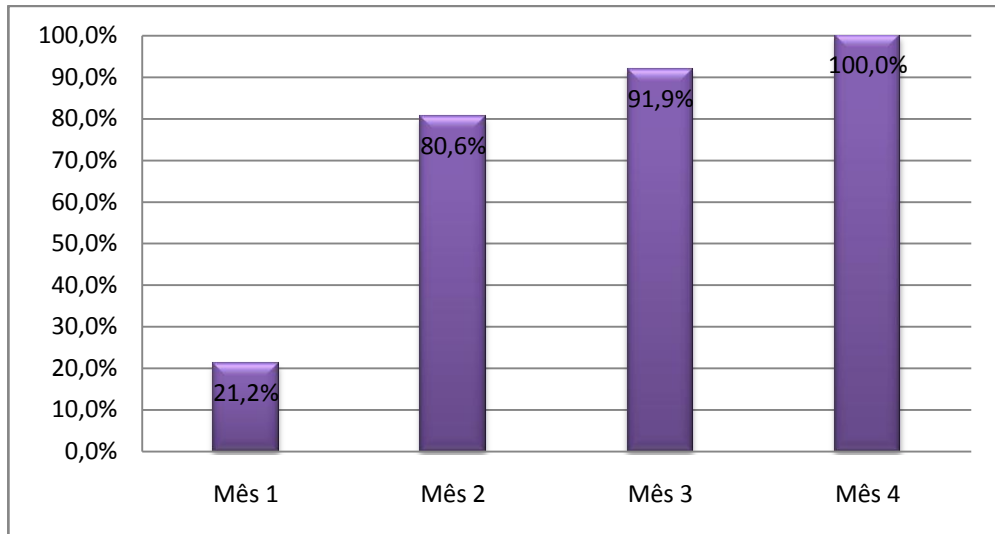


Figura 15 - Proporção de gestantes com o esquema da vacina anti-tetânica completo.

Por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e de haver transmissão vertical, o Programa Nacional de Imunização (PNI) reforça a importância de que a gestante receba a vacina contra a hepatite B após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária. O esquema desta vacina deve ser seguido conforme os calendários de vacinação do adolescente e do adulto.

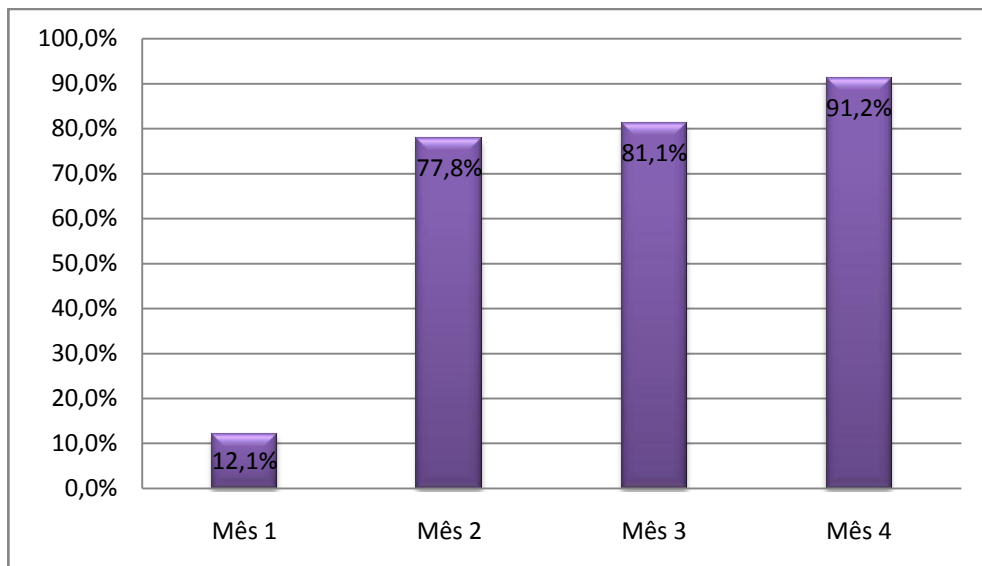


Figura 16 - Proporção de gestantes com o esquema da vacina de Hepatite B completo.

Esperava-se que 100% das gestantes realizassem avaliação de Saúde Bucal durante o pré-natal, a meta não foi alcançada, sendo que pouco mais de 60% das

gestantes acompanhadas realizaram avaliação de saúde bucal. Contudo, como tais ações não eram realizadas, consideramos que este indicador foi muito importante na atenção à saúde das gestantes, já que partimos de 0%.

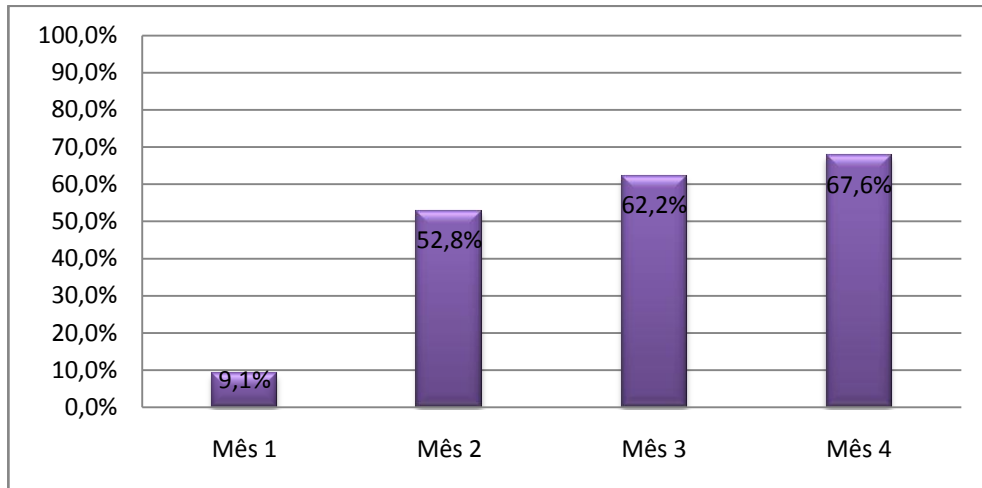


Figura 17 - Proporção de gestantes com avaliação de saúde bucal.

Outro objetivo importante era melhorar e adequar o registro das informações, além de manter o registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação em 100% das gestantes acompanhadas, a ficha espelho durante a intervenção foi alimentada semanalmente e passou a ser um instrumento indispensável durante as consultas. No término da intervenção 88,2% das gestantes estavam com registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação atualizados.

O excesso de demanda e também um déficit na organização do processo fez com que alguns registros não fossem realizados, o que comprometeu o resultado deste indicador.

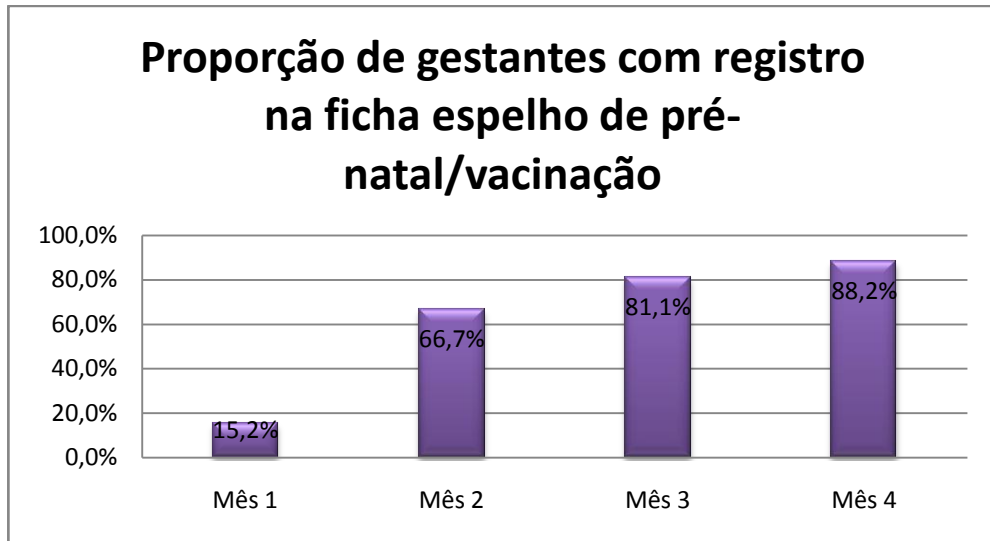


Figura 18 - Proporção de gestantes com registro na ficha espelho de pré-natal/vacinação.

Como objetivo também foi implantado o mapeamento das gestantes, realizando a cada momento a avaliação de risco gestacional de todas as gestantes, a meta inicial para essa ação era de 100% das mulheres acompanhadas com avaliação de risco, e no final da intervenção é possível observar que 100% das gestantes foram classificadas quanto ao risco gestacional.

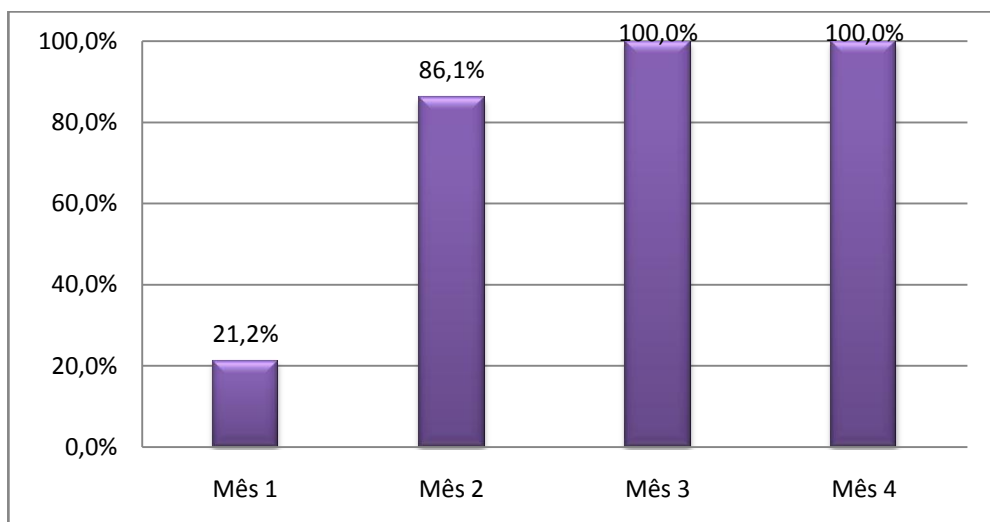


Figura 19 - Proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional.

Classificar o risco gestacional é primordial para um melhor acompanhamento, inclusive por identificar as pacientes que precisam ser referenciadas para consultas especializadas.

Outra forma de mapear as gestantes era realizar avaliação da prioridade de atendimento odontológico em 100% das gestantes cadastradas na unidade de saúde. Todas as gestantes foram avaliadas em relação ao risco de saúde bucal, mas a avaliação de prioridade de atendimento odontológico não foi concretizada, principalmente devido a demanda da unidade e a agenda diferenciada a equipe de saúde bucal. Isso nos remete a refletir que, embora as ações com a saúde bucal tenham iniciado, ainda é necessário maior planejamento e integração das ações.

Promover a saúde no pré-natal, garantindo a 100% das gestantes orientações nutricionais durante a gestação também era nosso objetivo. À princípio a ideia era realizar um grupo de gestantes para reforçar as orientações e realizar educação em saúde, porém, essa ação ficou limitada, devido indisponibilidade de profissional e mudanças na gestão que tornaram inviáveis no momento da intervenção, mas ainda está no planejamento da equipe integrar outros profissionais que possam ajudar nessa ação ao incrementarmos na rotina do serviço. Porém, durante as consultas as gestantes passaram a receber as orientações. Observe na figura 20 que alcançamos nossa meta a partir do terceiro mês de intervenção.

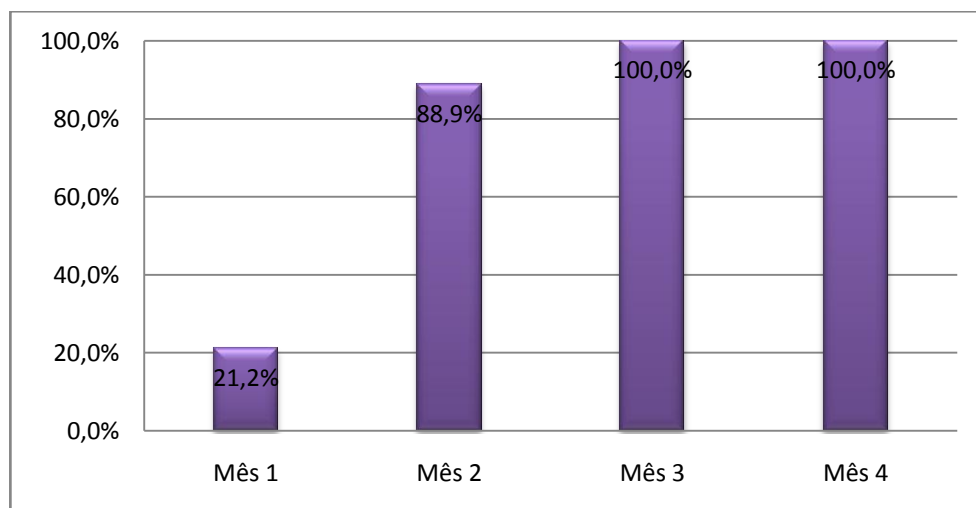


Figura 20 - Proporção de gestantes que receberam orientação nutricional.

Também tínhamos a meta de promover o aleitamento materno para 100% das gestantes. Esta ação foi realizada individualmente com cada gestante e foi desenvolvida de forma a esclarecer as dúvidas e apresentar as vantagens e benefícios do aleitamento materno. É fundamental que a gestante conheça os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno, possibilitando que a mãe e criança vivenciem a amamentação de forma efetiva e tranqüila, por isso, as orientações do profissional é necessária para o êxito dessa ação.

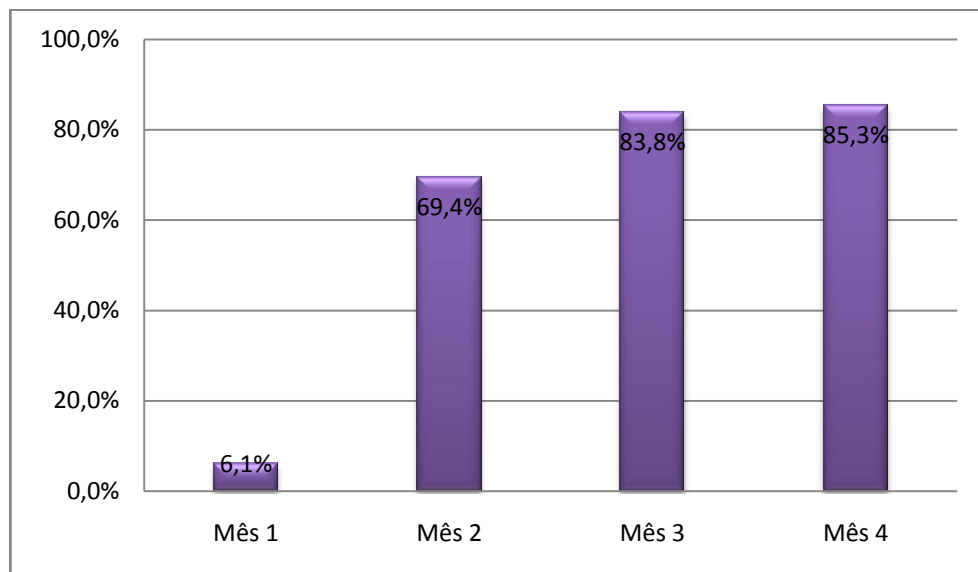


Figura 21 - Proporção de gestantes que receberam orientação sobre aleitamento materno.

Esta orientação foi realizada com todas as gestantes. Contudo, por falhas nos registros, como já relatado anteriormente, o indicador ficou subnotificado.

Observa-se na figura 22 que cerca de 70% das gestantes receberam sobre os riscos do tabagismo e do uso do álcool e drogas na gestação. As mulheres grávidas devem evitar o uso de álcool nos três primeiros meses, porque a substância pode estar associada ao aumento do risco de malformações. Esse hábito pode trazer consequências para o recém-nascido, quanto maior o consumo, maior o risco de prejudicar o feto. Cerca de um terço dos bebês de mães dependentes do álcool, que fizeram uso excessivo dessa droga durante a gravidez, é afetado pela “síndrome fetal pelo álcool”. Os recém-nascidos apresentam sinais de irritação, mamam e dorme pouco, além de apresentarem tremores.

As crianças que são afetadas gravemente e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida podem apresentar problemas físicos e mentais, que variam de intensidade de acordo com a gravidade do caso. Já a nicotina, junto com outras drogas ingeridas pela mãe gestante que fuma provoca aumento do batimento cardíaco no feto, redução de peso, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes. O risco de abortamento espontâneo é maior nas mães que fumam.

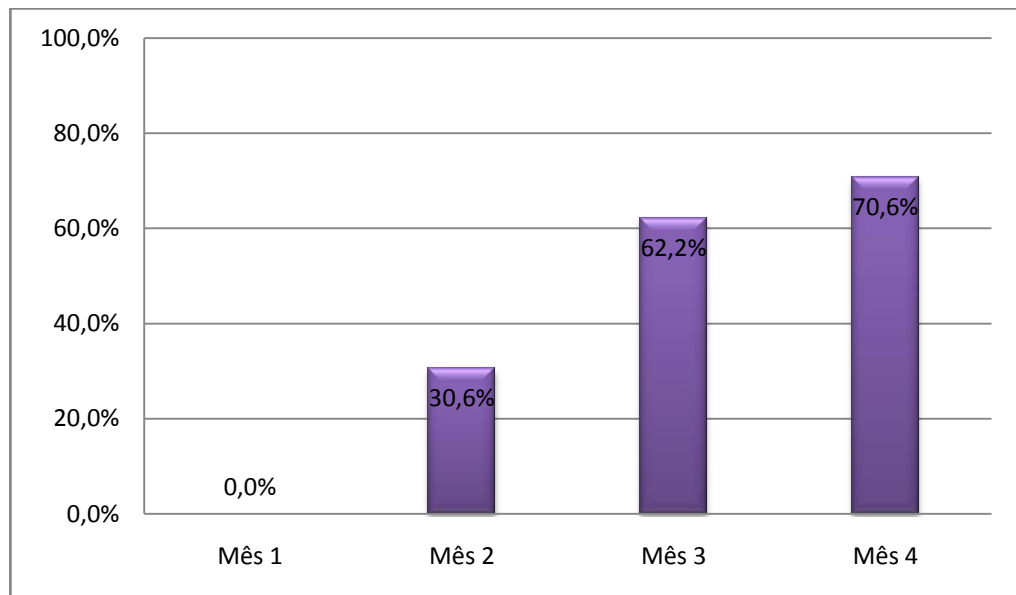


Figura 22 - Proporção de gestantes com orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas na gestação.

A meta inicial era oferecer orientações para 100% das gestantes e puérperas com primeira consulta odontológica em relação a sua higiene bucal. Como mostra a figura 23, todas as gestantes (100%) passaram por pelo menos uma consulta odontológica.

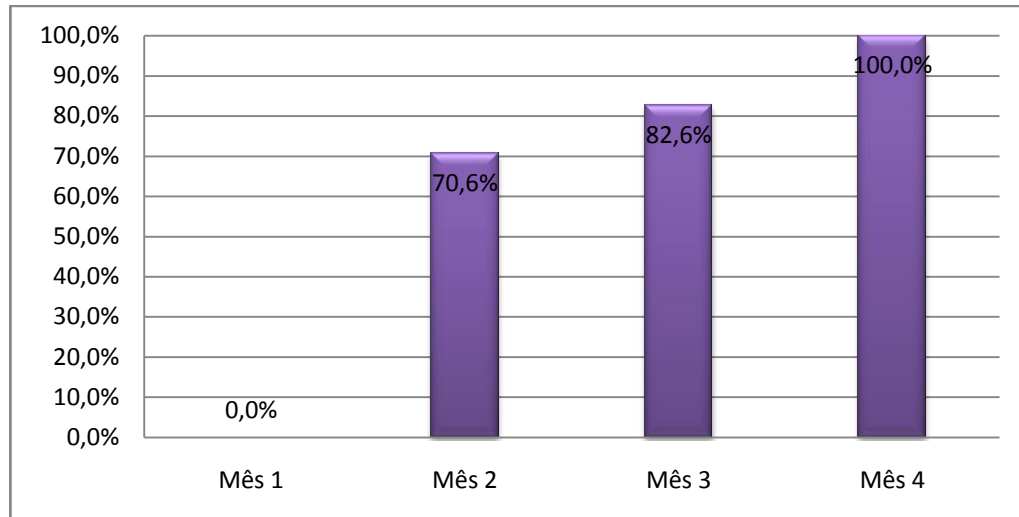


Figura 23 - Proporção de gestantes e puerpéras com primeira consulta odontológica com orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, resultou na ampliação da cobertura de atenção no pré-natal e puerpério, na melhoria dos registros e também na qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos exames laboratoriais, avaliação da saúde bucal e educação em saúde, além de direcionar o melhor atendimento conforme a estratificação de risco de cada gestante monitorada.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde e Diretrizes utilizadas, relativas ao acompanhamento do pré-natal, incluindo melhor direcionamento das atribuições dos profissionais que integram a equipe. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da dentista e auxiliar de saúde bucal, além de todos os agentes comunitários de saúde e recepção.

A coordenação e supervisão do programa ficaram sob responsabilidade da enfermeira, que também realizava a consulta de enfermagem, e monitorava todos os dados para agrupar as informações necessárias. As gestantes antes passavam pelo acolhimento com a auxiliar de enfermagem para pré-consulta, a mesma também era responsável por supervisionar o esquema de imunização das gestantes.

A dentista e auxiliar de saúde bucal implantaram dia específico para atendimento as gestantes e passaram a realizar avaliação e atendimento das grávidas conforme agendamento.

O médico da unidade, que também não realizava consulta de pré-natal na unidade, passou a realizar as consultas conforme agendamento, também em dia específico para essa população.

Os agentes de saúde foram os responsáveis pela captura precoce das gestantes, divulgação do programa para a comunidade e também busca ativa e supervisão das gestantes no domicílio. O agendamento das consultas era responsabilidade da recepcionista, que também passou a orientar, informar e esclarecer as dúvidas de toda a comunidade sobre o programa.

Antes da intervenção as atividades de atenção a gestantes na unidade eram concentradas somente na consulta de enfermagem. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de mulheres. O progresso nos registros e o agendamento das consultas possibilitou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco das

gestantes é um fator importantíssimo para apoiar a priorização do atendimento das mesmas.

A implantação de dia específica para o atendimento das gestantes possibilitou uma melhor organização do serviço e também a priorização das mulheres grávidas, assim, como um atendimento mais humanizado. As gestantes demonstram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitas gestante sem cobertura de pré-natal, primeiro porque algumas micro-áreas encontram-se sem ACS e outra, pois na área adstrita, muitas mulheres ainda optam por realizar o pré-natal particular, pois a condição socioeconômica da comunidade permite isso.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a gestão para definir a forma de realização dos grupos de gestantes com objetivo de promover a educação em saúde.

Finalmente, o projeto chegou ao término e é visível a mudança da equipe frente a este atendimento, assim, como da comunidade que assimilou muito bem a forma de atendimento do programa, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço e para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção a gestantes, em especial as de alto risco. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de determinados indicadores. Vamos adequar a ficha espelho para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Em breve, quando teremos disponíveis ACS para as demais micro-áreas descobertas, pretendemos investir na ampliação da cobertura das gestantes.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

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

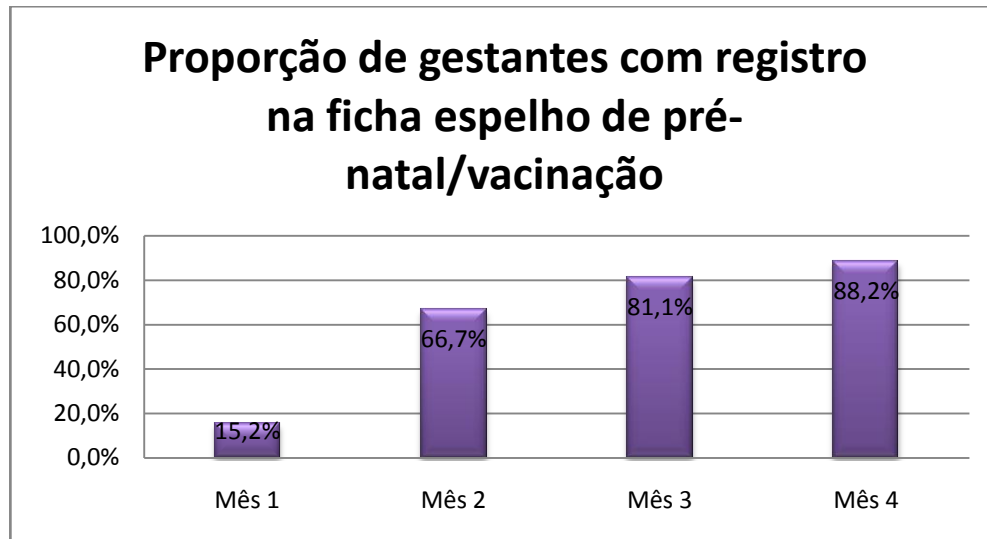
A assistência ao pré-natal constitui em cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preventiva e tendo também como objetivos identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação, parto e pós-parto; assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbimortalidade materna.

Com a intervenção foi possível melhorar o atendimento às gestantes, pertencentes a área adstrita da unidade, cadastradas no programa, priorizando um atendimento humanizado e eficaz. Isso foi possível através da rápida liberação dos exames laboratoriais, com resultados rápidos, no máximo uma semana, e também disponibilidade de ecografias e transporte às mulheres, quando necessário. A unidade também disponibiliza uma ótima estrutura física para acolher as gestantes, com consultório médico, de enfermagem e odontológico equipados e climatizados.

Para uma boa organização e regulamentação das ações dos profissionais no atendimento básico à saúde, incluindo a assistência no pré-natal, é importante que a Secretaria Municipal de Saúde implante protocolos de acordo com as referências teóricas e necessidades/demandas do serviço e população. Além de permitir que através de um bom planejamento todos os exames e instrumentos utilizados nesse processo sejam disponibilizados para equipe.

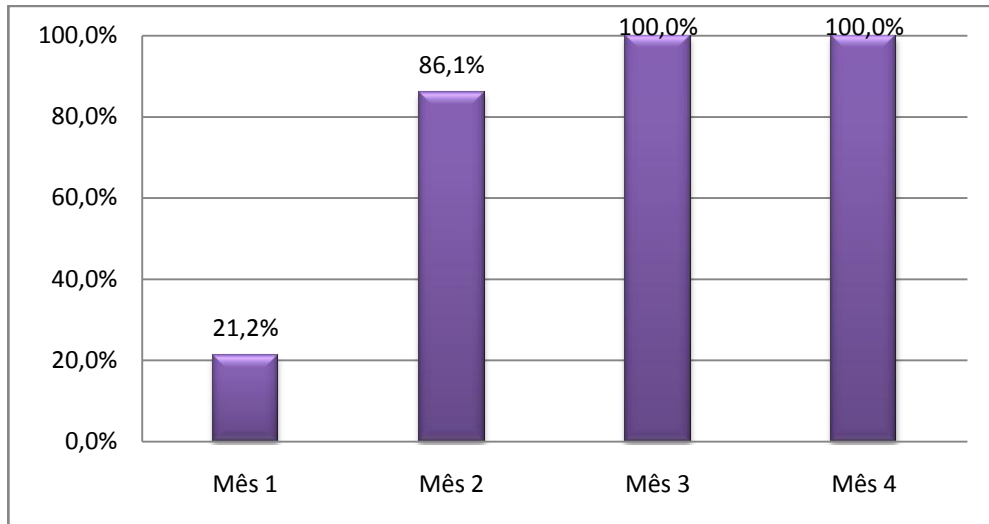
Um fator prejudicial à ação foi à falta de fluxograma para referenciar as gestantes após a estratificação de risco, sendo que na unidade devem ser acompanhadas apenas as de baixo risco, e também a necessidade de profissionais para atuar no apoio matricial a equipe, principalmente na ação de educação em saúde, onde a idéia central é realizar grupos de gestantes mensais, a fim de realizar orientação e educação em saúde.

No início da intervenção poucos registros eram realizados durante o acompanhamento de pré-natal, as informações ficavam restritas e escassas no prontuário eletrônico das gestantes. Mas com a implantação da ficha espelho de pré-natal houve um aumento dos registros e também informações com mais qualidade, como é possível observar no gráfico abaixo.



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

Outro indicador que melhorou após a implementação do programa foi a proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional, inicialmente pouquíssimas gestantes recebiam a avaliação de risco e uma das metas estabelecidas pelo programa foi estratificar o risco gestacional de pelo menos 60% das gestantes acompanhadas, e ao final da intervenção 100% das grávidas foram classificadas como mostra a figura.



Proporção de gestantes com avaliação de risco gestacional

Vários fatores foram indispensáveis nesta assistência: desde a organização do serviço, capacitação dos profissionais e a utilização dos recursos adequados e disponíveis, garantindo ao final um atendimento integral e qualificado, finalizando a ação com mais qualidade e efetividade.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Caros usuários da Unidade de Saúde Parque dos Estados,

A assistência do pré-natal é um acompanhamento importante e necessário para garantir uma atenção de qualidade e humanizada durante o período gestacional e também no pós-parto, essa ação compreende um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para saúde da gestante e do bebê. O programa de pré-natal não era realizado anteriormente na unidade de forma organizada e qualificada, por isso, foi implantado uma nova forma de atendimento a todas as gestantes residentes na área de abrangência da unidade e que optaram por realizar o pré-natal na Unidade Básica de Saúde.

A intervenção feita trouxe uma nova forma de atendimento às gestantes, aperfeiçoando o programa de pré-natal e puerpério oferecido as mulheres grávidas que residem na área de abrangência da unidade. Essa ação possibilitou ao final um atendimento de maior qualidade e eficácia, priorizando a gestante em todos os momentos do atendimento, e também fortalecendo o seu vínculo entre a equipe de profissionais que prestam assistência com as gestantes.

Com a implantação do programa, obviamente um dia da semana ficou sem consulta médica, odontológica e de enfermagem para atender a demanda, devido o cronograma da unidade ter dedicado um dia específico da semana somente para atendimento das gestantes, e isso, causa inicialmente um transtorno ao restante da população em geral, é onde se faz necessária a compreensão da importância que essa ação tem, uma vez que, futuramente muitas complicações e morbidades materna e infantil serão evitadas, e o resultado será um pré-natal de excelente qualidade.

Com o grupo e os atendimentos individuais pelo médico, enfermeira e dentista, além da participação do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares e buscas ativas, o atendimento ficará completo, além de todos os requisitos mínimos como exames laboratoriais e de imagem (ultrassonografia) facilitando o apoio clínico, espera-se que a intervenção torne-se cada vez mais qualificada e eficaz, as gestantes expressaram excelente opinião sobre o programa e aderiu muito bem a agenda da unidade, isso mostra, que o programa está agradando principalmente o grupo priorizado.

As ações foram realizadas por todos os profissionais da equipe, integrando as diferentes atribuições, entre eles, consulta de enfermagem, médica e odontológica, visitas domiciliares e buscas ativas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Todo atendimento passou a ser registrado em planilhas e fichas específicas e individuais de cada gestante, com isso, foi possível acompanhar mais de perto cada gestante em sua particularidade.

Ao término da ação muitos aspectos melhoraram, como por exemplo, as consultas médicas e odontológicas que não estavam sendo realizada na unidade, a priorização do atendimento, com dia específico da semana para acompanhamento somente as gestantes. Essa reserva na agenda proporcionou com que a equipe pudesse dar mais atenção as mulheres. Ainda falta a implantação do grupo, onde acontecerão reuniões periódicas a fim de realizar educação em saúde, proporcionando o máximo de informação a todas as gestantes, sobre a gestação e o pós-parto, integrando uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Anteriormente ao início do curso, quando realizei a matrícula, fiquei entusiasmada e ao mesmo tempo repreensiva na expectativa de realizar o meu primeiro curso a distância. Não tinha idéia de como seria desenvolvido, mas em mente ficava especulando diversas maneiras e temas que seriam abordados no decorrer do curso. Sempre gostei de saúde pública e trabalho há mais de 1 ano nessa área, então, sempre procurei estar me atualizando e aperfeiçoando sobre o assunto. Quando surgiu a oportunidade de realizar a Especialização em Saúde da Família, área que trabalho hoje, fiquei muito entusiasmada, pois, esperava encontrar diferentes disciplinas que tratariam sobre saúde pública e especificamente sobre a estratégia de saúde da família, hoje política prioritária utilizada pelo Ministério de Saúde.

Contudo, confesso que quando me deparei com a didática oferecida pelo curso fiquei um pouco apreensiva, uma vez que era diferente de tudo o que eu imaginava e outra que a forma de ensino também era novidade para mim. Porém, com o passar do programa fui conseguindo visualizar a importância de se trabalhar e focar em um método específico que fosse contribuir para aperfeiçoar um dos programas oferecidos na UBS em que trabalho.

Hoje percebo a importância da análise situacional para iniciar qualquer ação ou projeto, e a necessidade da equipe se organizar e integrar as atribuições existentes para melhorar a qualidade da atenção, estimulando sempre a participação da comunidade e procurando o máximo de apoio da gestão.

A metodologia da especialização contribuiu para um estudo profundo do atendimento ao pré-natal e puerpério, mas também conseguiu abordar diversos temas atuais que são encontrados na unidade e estimulou assim a busca pelo conhecimento e aperfeiçoamento dos diferentes temas.

Enfim, nessa reta final do curso o programa de pré-natal e puerpério da unidade melhoraram significativamente e teve mudanças positivas que impactaram numa assistência de maior qualidade, mais organizada, a equipe encontra-se mais capacitada e segura para atender as gestantes cadastradas, é claro que ainda há algumas dificuldades, mas que sem dúvida poderão ser resolvidas conforme o programa for se aperfeiçoando.

BIBLIOGRAFIA

ARAUJO, SM; SILVA, MED; MORAES, RC; ALVES, DS. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP Revista Eletrônica de Ciências**, 2010. v.3, n.2. jul-dez. p. 62-67. Disponível em: <http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/98/72>. Acesso em: 25/02/2014.

LORENZI et al. Sífilis Congênita como indicador de Assistência pré-natal. **RBGO**, 2001. v. 23, n.10, p. 647-652. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n10/8489.pdf>>. Acesso em: 28/02/2014.

CALDERON, IMP; CECATTI, JG; VEGA, CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Botucatu: 2006. v. 28. n. 05. p. 310-315. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n5/a08v28n5.pdf>>. Acesso em: 28/02/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: 2012. 318p.

SILVA, RMO; ARAUJO, CFL; PAZ, FMT. A realização do teste Anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro: 2008. v. 12, n.04. dez. p. 630-636. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a04.pdf>>. Acesso em: 01/03/2014.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163p.

ANEXOS

Anexo B Ficha Espelho



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? _____


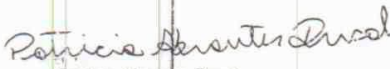

Informações de gestações prévias
 Nº de nascidos vivos ___ Nº de abortos ___ Nº de filhos com peso < 2500g ___ Nº de filhos prematuros ___ Nº partos vaginais sem fórceps ___ Nº de partos vaginais com fórceps ___
 Nº de episiotomias ___ Nº de cesareanas ___ realizou consultas de pré-natal em todas as 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											
Ass. Profissional											

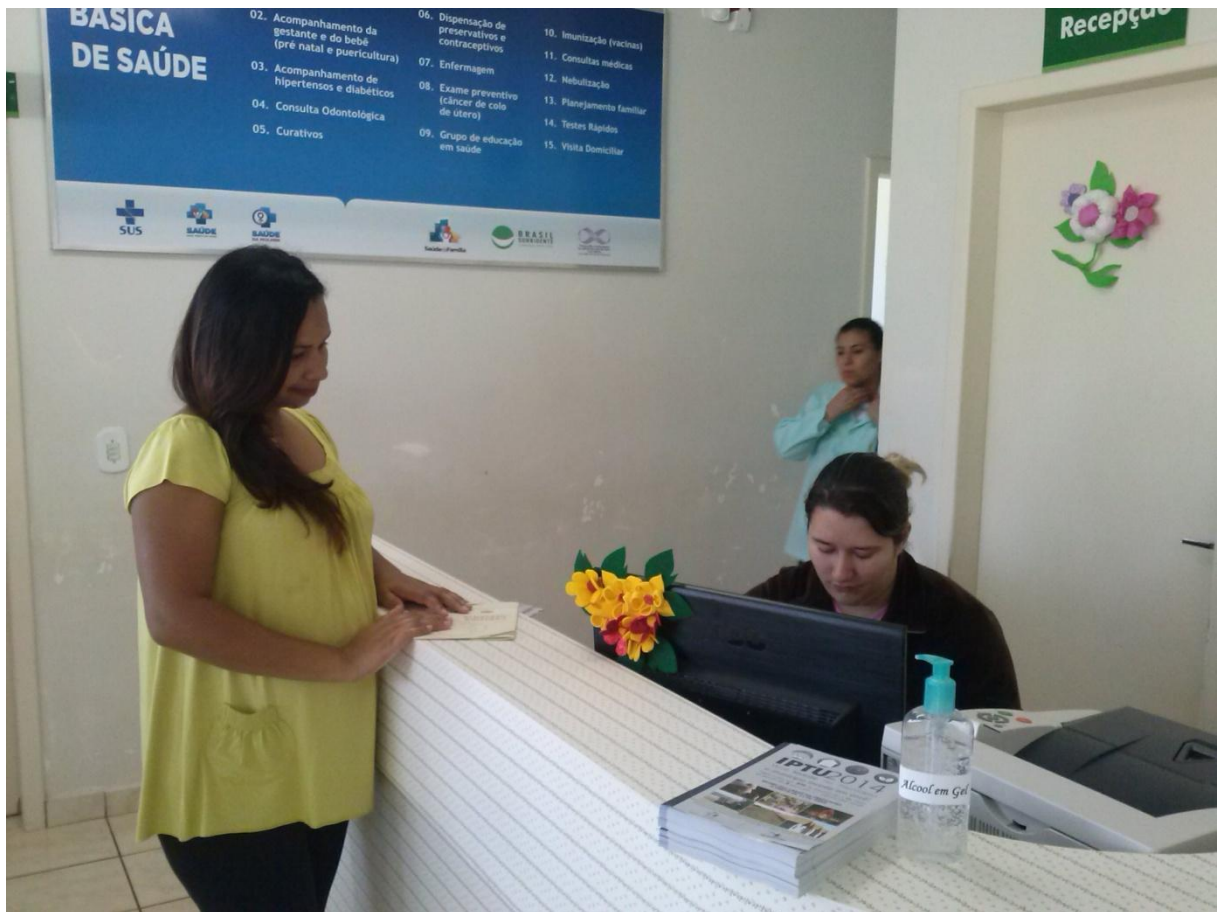
* Obrigatório na primeira consulta. Após, conforme a necessidade. **Toque: conforme as necessidades de cada mulher e a idade gestacional. ***Baixo ou alto risco conforme recomendação do Ministério da Saúde

Anexo C
Certificado de aprovação no comitê de ética em pesquisa da Faculdade de
Medicina, da UFPel

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
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	
	

Anexo D
Fotos da Intervenção





- BÁSICA DE SAÚDE**
02. Acompanhamento da gestante e do bebê (pré natal e puericultura)
 03. Acompanhamento de hipertensos e diabéticos
 04. Consulta Odontológica
 05. Curativos
 06. Dispensação de preservativos e contraceptivos
 07. Enfermagem
 08. Exame preventivo (câncer de colo de útero)
 09. Grupo de educação em saúde
 10. Imunização (vacinas)
 11. Consultas médicas
 12. Nebulização
 13. Planejamento familiar
 14. Testes Rápidos
 15. Visita Domiciliar





















