

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

RAQUEL LUNARDI ROCHA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA SISTEMATIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO À GESTANTE EM ACOMPANHAMENTO PRÉ
NATAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM PEDRO I UNIDADE
II, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA – MG.

CONFINS- MINAS GERAIS

2013

RAQUEL LUNARDI ROCHA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA SISTEMATIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO À GESTANTE EM ACOMPANHAMENTO PRÉ
NATAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM PEDRO I UNIDADE
II, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA – MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Almeida Belisário

CONFINS- MINAS GERAIS

2013

RAQUEL LUNARDI ROCHA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA SISTEMATIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO À GESTANTE EM ACOMPANHAMENTO PRÉ
NATAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM PEDRO I UNIDADE
II, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA – MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Almeida Belisário

Banca examinadora

Profa. Dra. Soraya Almeida Belisário – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 03 de fevereiro de 2014

Dedico este trabalho às gestantes, mulheres que me sensibilizaram e me mostraram a importância dos cuidados de pré-natal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à equipe de saúde da família da do PSF Dom Pedro I unidade II, em especial à enfermeira Luciana, amiga que me acolheu e tanto contribuiu para meu aprendizado e para este trabalho.

À Profa. Dra. Soraya Almeida Belisário, por sua dedicação e carinho.

Ao Serginho por tornar os cafés da manhã mais saborosos.

Aos amigos do PROVAB, companheiros nas horas de desespero.

Aos meus pais, irmãs e sobrinho pelo apoio.

Ao Ricardo, por compartilhar as alegrias de ser médica na Atenção Básica.

“Você pode saber o que disse, mas nunca saberá o que o outro escutou”

Jacques Lacan

RESUMO

A gestação é fenômeno fisiológico da vida reprodutiva da mulher e envolve importantes alterações físicas, metabólicas e emocionais. Por ser importante causa de mortalidade materna, as complicações das doenças pré-existentes à gravidez ou das doenças específicas da gravidez, devem ser prevenidas ou minimizadas a partir do acompanhamento pré-natal adequado. Durante toda a gestação e no pós parto as mulheres devem ser acompanhadas pela equipe de saúde da família de sua área de abrangência. Este trabalho teve por objetivo desenvolver um projeto de intervenção para sistematização do atendimento à gestante em acompanhamento pré-natal na UBS Dom Pedro I unidade II. Fez-se pesquisa bibliográfica, com busca de artigos nas bases de dados da LILACS e do SciELO com os descritores gestante, cuidado pré natal e mortalidade materna para maior fundamentação do plano de ação que se baseou no Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que com a aplicação do protocolo de atendimento haja maior participação das mulheres e seus acompanhantes no processo do pré-natal, assim como redução na morbimortalidade materna e neonatal.

Descritores: Gestante. Cuidado pré-natal. Mortalidade materna.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological phenomenon of the woman's reproductive life and involves important physical, metabolic and emotional changes. It is an important cause of maternal mortality and complications of pre-existing pregnancy or pregnancy specific diseases, diseases should be prevented or minimized from the appropriate prenatal care. Throughout pregnancy and postpartum women should be accompanied by the family of its coverage area health staff. This work aimed to create an intervention project to systematize the care of pregnant women in prenatal care at UBS Dom Pedro unit II. A bibliography search with search for articles in the databases LILACS and SciELO with descriptors pregnant, prenatal care and maternal mortality for most of the reasons for action that was based on the Strategic Planning Situational plan. Is Expected that with the application of the treatment protocol greater participation of women and their companions in the prenatal process, as well as reduction in maternal and neonatal morbidity and mortality.

keywords: pregnant, prenatal and maternal mortality usual risk.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica é porta de entrada do serviço público de saúde e seu atendimento é feito de acordo com os princípios da Estratégia da Saúde da Família (ESF), o que inclui o cadastro de pessoas da área de abrangência vinculando-as à unidade de saúde, visitas domiciliares, atendimento médico e de enfermagem para pacientes com consultas programadas e livre demanda. Além disso, há o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, puericultura, atenção à saúde da mulher, do homem, do idoso e do trabalhador, pré-natal, planejamento familiar. Por ser porta de entrada do serviço de saúde, a atenção básica recebe e acompanha as gestantes da área de abrangência durante todo o pré-natal e puerpério, quando necessário as pacientes são encaminhadas aos serviços especializados.

A gestação deve ser encarada como uma experiência de vida saudável com mudanças desenvolvimento fetal. É fenômeno fisiológico e, por isso, na maioria dos casos, evolui sem maiores complicações. Essas mudanças envolvem a mulher grávida e as pessoas envolvidas com ela (BRASIL, 2006)

O tempo de gestação é avaliado por semanas de amenorreia sendo considerado parto pré-termo aquele que ocorre antes de 37 semanas e pós-termo o que ocorre após 42 semanas de gestação (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004)

O pré-natal deve ser iniciado idealmente no primeiro trimestre de gestação e a mulher deve ter a unidade básica de saúde como sua referência para acompanhamento, intercorrências e solução de dúvidas (CORRÊA *et al.*, 2004)

A mortalidade materna é todo óbito que ocorre em mulheres gestantes, com gestação eutópica ou ectópica, ou em até 42 dias de pós-parto, excluindo-se causas externas. É importante indicador de saúde em todo o mundo. Tem como principal causa as doenças hipertensivas, seja hipertensão arterial sistêmica ou doença hipertensiva específica da gravidez (pré eclampsia e eclampsia); outras causas importantes são descompensação de doenças prévias, infecções e hemorragias. Sabe-se que o acompanhamento pré natal com número de consultas e qualidade adequados pode evitar parte destas mortes (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004)

O Ministério da Saúde, através do Caderno de Atenção Básica, sugere o acompanhamento pré-natal do companheiro da gestante, sendo um direito destes homens acompanharem a mulher na consulta e na realização de exames (BRASIL, 2012)

Dada à importância de um pré-natal bem feito, torna-se essencial que as mulheres conheçam o processo e participem ativamente do mesmo.

1.1 O município onde atua

São José da Lapa é um município da região metropolitana de Belo Horizonte que tem como cidades limítrofes Vespasiano, Pedro Leopoldo e Confins. Sua principal via de acesso é a MG 424. Sua população aferida em 2010 é de 19.801 e a estimativa da população para 2012 é de 20.524, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Segundo relato da coordenadora de Atenção Básica do município, o Conselho Municipal de Saúde de São José da Lapa é constituído por 28 conselheiros, sendo 14 efetivos e 14 suplentes, assim distribuídos: 14 representantes de usuários do SUS - representantes de associações, sindicato dos trabalhadores da prefeitura; seis representantes de trabalhadores de Saúde sendo: dois de nível fundamental, dois de nível médio e dois de nível superior; oito representantes do governo: dois da Secretaria de Saúde, dois da Secretaria de Assistência Social, dois da Secretaria de Educação e dois da Secretaria da Fazenda. Os conselheiros se reúnem na segunda 3ª feira do mês, às 17:00 horas no auditório da Prefeitura, onde é discutida a pauta do dia.

O município iniciou a implantação do PSF em abril de 2011 e dispõe, atualmente, de seis Unidades de Saúde da Família com cobertura de 100% da população pelo programa.

Possui duas policlínicas com atendimento de urgência 24 horas, sendo 12 horas com médico clínico e pediatra e 12 horas (noturno) somente com o clínico. Conta também com atendimentos de consultas especializadas nas áreas de: ginecologia, pediatria, cardiologia, neurologia, dermatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgia, urologia, ortopedia e psiquiatria. Há um Centro de Controle de Zoonoses e Vigilância Sanitária, sete consultórios odontológicos para atendimentos ambulatoriais, além dos serviços de Assistência Social, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia.

As consultas para especialistas são referenciadas para o próprio município ou para os municípios de Vespasiano, Pedro Leopoldo, Lagoa Santa ou Belo Horizonte, via Central de Marcação de Consultas (CMC).

Os pacientes que precisam de atendimento de média e alta complexidade são encaminhados através do Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) via CMC. Exames de média e alta complexidade são licitados pelo município para cobrir a demanda da população e complementando a cota do SUS, pagos com recursos próprios.

1.2 A UBS Dom Pedro Unidade II

A UBS Dom Pedro Unidade II está localizada à Rua Oito, número 140, Bairro Dom Pedro I. Neste bairro há duas unidades básicas de saúde e uma policlínica, funcionando em edificações separadas; na praça central foram colocados aparelhos de ginástica, ao ar livre, para toda a comunidade; há também, três escolas e uma creche, não há centro cultural, nem local específico para atividades culturais. O corpo de bombeiros colabora com atividades extraescolares para as crianças com a prática de esportes no programa chamado “bombeiro mirim”.

A localização da UBS é central, próxima à praça e à policlínica do bairro. A população adscrita é de 3187 pessoas, divididas em 911 famílias, com uma média de 3,5 pessoas por família. Dentro da área de abrangência duas ruas, onde vivem 81 famílias, são consideradas áreas de risco pela precariedade do local, no qual corre esgoto a céu aberto ao mesmo tempo em que os moradores utilizam o córrego o local para despejo do lixo.

Em relação ao acesso à UBS, há certa dificuldade pelo fato de a rua ser íngreme e de difícil acesso aos pacientes com limitações físicas.

A casa em que está funcionando a unidade é adaptada e tem uma recepção, consultório de enfermagem, consultório médico, sala de acolhimento, sala de medicação e curativos, sala de reuniões das agentes comunitárias de saúde, banheiro de funcionários, dois banheiros para pacientes, sendo um adaptado para pessoas com necessidades especiais, cozinha e almoxarifado.

Trabalha na unidade, uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem, seis agentes de saúde e uma funcionária responsável pelos serviços gerais.

O horário de funcionamento da unidade é de segunda a sexta, das 07:00 às 16:00 com acolhimento e atendimento da enfermagem diário. O atendimento médico é realizado de segunda à quarta e às sextas feiras. São agendadas consultas de rotina, pré-natal, puericultura, HIPERDIA, retorno com resultado de exames, reavaliação de pacientes com doenças crônicas, além do atendimento dos pacientes que vem de livre demanda.

Atualmente, estão cadastradas na unidade 75 crianças menores de dois anos que devem ser acompanhadas no atendimento de puericultura. Até o mês de setembro a unidade estava sem a balança infantil e por isso estes pacientes estavam sendo acompanhados pelo pediatra em outras unidades. Com a chegada do equipamento foi organizado “mutirão” para atendimento destas crianças até o dia 25/10/13, após esta data as crianças foram agendadas conforme a necessidade da idade.

Segundo levantamento realizado pelas ACSs, 1390 mulheres em idade fértil, com indicação para rastreamento de câncer do colo do útero através do exame citopatológico, estão cadastradas na unidade. A coleta de material é realizada pela enfermeira da unidade e são realizadas, em média, 50 coletas por mês.

Estão em acompanhamento pré-natal pela equipe 32 gestantes, sendo três menores de 20 anos e duas foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco. O acompanhamento segue as orientações do Ministério da Saúde que recomendam no mínimo seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Pelo elevado número de usuárias é difícil encontrar horário para todas, principalmente no final da gestação.

A maior demanda da equipe é de hipertensos e diabéticos. Tais usuários são atendidos no grupo de HIPERDIA, às sextas feiras à tarde, com grupo operativo seguido de consulta médica. Todos passam pela triagem da técnica de enfermagem quando tem sua pressão arterial sistêmica, glicemia capilar e peso medidos. Os retornos deste grupo são agendados a cada três a seis meses.

O acolhimento à demanda espontânea é realizado diariamente nos horários de 07:00 às 11:00 e 13:00 às 16:00. Após passarem pela recepção, os usuários são encaminhados à triagem da equipe de enfermagem que realizam escuta qualificada e visão universal do mesmo. Os casos são discutidos entre a enfermeira e a médica da unidade e aqueles que não têm indicação de atendimento imediato são agendados para data mais próxima. O tempo de espera médio para agendamento é de quatro dias.

As agentes de saúde são as principais fontes de solicitação de visita domiciliar. A partir de seus encontros mensais com as famílias, estas funcionárias se reportam a equipe, que agenda consulta da equipe de enfermagem às quintas a tarde. A partir da consulta da enfermeira esta indica a consulta médica domiciliar que é realizada às sextas feiras pela manhã. As visitas são destinadas não apenas aos pacientes acamados, mas àqueles que apresentem alguma limitação física ou mental que dificulte o acesso à unidade.

É responsabilidade da equipe a organização de grupos operativos; a avaliação e troca de curativos; a coleta de sangue domiciliar e a aplicação de medicação de urgência de acordo com o protocolo do município.

Há na área de abrangência doze pacientes em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nove matriculados na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Além destes, há outros pacientes com deficiência mental ou necessidades especiais, mas que não frequentam estas unidades. Pacientes acamados ou que têm deficiência física com mobilidade reduzida são 31, todos em acompanhamento domiciliar. Os diagnósticos mais prevalentes são hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, sendo 442 hipertensos cadastrados e 140 diabéticos.

São conhecidas neste momento 32 gestantes, sendo que apenas duas estão em acompanhamento no pré-natal de alto risco. Vinte e uma gestantes informaram que a gravidez não foi planejada, mas todas bem aceitas. Importante ressaltar que, até a inauguração da UBS todas as 32 pacientes não tinham acompanhamento sistematizado, realizando consultas eventuais nas unidades de emergência ou com o médico especialista.

O diagnóstico situacional realizado em conjunto com a equipe identificou vários problemas dentre os quais se destacaram:

- Dificuldade por parte da população em compreender o fluxo de atendimento da unidade, o qual não se dá por ordem de chegada, mas sim pela priorização das consultas agendadas e advindas do acolhimento.
- Priorização por parte dos usuários de consultas especializadas em detrimento do atendimento na atenção primária. Entendimento de que a unidade é apenas um local para renovação de receitas e encaminhamentos para exames.

- Baixa adesão ao tratamento dos pacientes com diagnósticos de doenças psiquiátricas e uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, principalmente na área de risco.
- Dificuldade no cadastramento da população da área de abrangência devido à ausência de documentação ou documentação insuficiente, e, também, pela incompatibilidade de horário de trabalho dos moradores com o da unidade.
- Grande número de gestantes desinformadas, com gravidez não planejada, e em fase avançada, muitas das quais em controle de pré-natal de risco habitual com especialista.
- Ausência de atendimento sistematizado / protocolo para abordagem das gestantes.

Entre os problemas identificados, a equipe considera prioritária, a abordagem das gestantes da área de abrangência.

Constatou-se que a falta de informação das gestantes resulta no desconhecimento acerca de questões básicas relativas à gestação, tais como: número de consultas necessárias para um pré-natal adequado, importância da vacinação, exames necessários e sua regularidade, além de não saberem o momento certo de buscar atendimento na maternidade de referência. Este problema está totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

2 JUSTIFICATIVA

O pré-natal de risco habitual deve ser iniciado preferencialmente nas primeiras semanas de gestação e toda gestante e seu acompanhante devem ter acesso a orientações, exames, consultas de pré-natal e preenchimento correto do cartão da gestante. Sabe-se que o pré-natal adequado é fator essencial para redução de mortalidade materna e infantil (LAURENTI, JORGE; GOTLIEB, 2004).

Percebeu-se que na UBS Dom Pedro I Unidade II não há sistematização do atendimento às gestantes e nem para seu acompanhante; as mesmas não recebem informações claras sobre processo da gestação, o trabalho de parto, maternidades que deve procurar e quando procurar, primeiro contato com o bebê.

Constatou-se que as gestantes atendidas relatavam consultas “corridas”, dificuldade em tirar dúvidas; quando questionadas as gestantes desconheciam a maternidade de referência para procurar na hora do trabalho de parto ou se houvesse intercorrências.

Tendo em vista a otimização do atendimento prestado, justifica-se a sistematização de atendimento a estas mulheres, bem como o de seus acompanhantes na unidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver um plano de intervenção para sistematizar a atenção à gestante em acompanhamento no pré-natal na UBS Dom Pedro I unidade II.

3.2 Objetivos Específicos

Orientar a gestante quanto à gravidez, cuidados durante a gestação, trabalho de parto, puerpério e maternidade e sistematizar o atendimento.

Criar grupo operativo para orientação das gestantes e seus acompanhantes

Criar fluxo de ações a serem realizados pela equipe para atendimento à gestante, de acordo com a idade gestacional.

4 METODOLOGIA

Utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), foi realizado um diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS Dom Pedro Unidade II, o qual permitiu a identificação de alguns dos problemas presentes na área.

Após a discussão dos mesmos, selecionou-se aquele a ser abordado no projeto de intervenção, qual seja, a ausência de atendimento sistematizado / protocolo para abordagem das gestantes, devido à sua importância e por estar totalmente dentro da governabilidade da equipe.

Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram selecionados os artigos para produção da revisão bibliográfica realizada entre os meses de abril/2013 e novembro/2013, usando-se os seguintes descritores: gestantes, cuidado pré-natal e mortalidade materna.

A elaboração do Projeto de Intervenção utilizou o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos; Faria; Santos (2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Sendo a gestação um fenômeno fisiológico, esta deve ser encarada como uma experiência de vida saudável; contudo, a gestação é também momento de mudanças em vários órgãos e sistemas da mulher, visando a adaptação e a criação de ambiente favorável ao desenvolvimento fetal. Na maioria dos casos, evolui sem maiores complicações, porém, tais alterações podem levar à descompensação de doenças preexistentes, doenças específicas da gravidez e incômodos não patológicos. Algumas gestantes que possuem determinados fatores de risco podem ter maior probabilidade de evolução desfavorável da gravidez e por isso deverão ser acompanhadas no pré-natal de alto risco. As alterações próprias do processo da gravidez afetam a mulher grávida e as pessoas que estão envolvidas com ela (CORRÊA *et al.*, 2004)

O trato gastrointestinal é alvo de várias mudanças que podem gerar incomodo à mulher grávida como mal estar matinal, náuseas e vômitos. Ptialismo pode levar a lesões nos cantos da boca e aumento das náuseas; além de haver mudança de paladar. O tecido gengival é receptor de estrógeno e tende a ficar edemaciado durante a gestação podendo causar sangramento gengival. Cáries e gengivite devem ser evitadas com acompanhamento adequado e limpeza oral. A progesterona é responsável pela redução da motilidade intestinal, contratilidade da vesícula biliar e relaxamento do esfíncter inferior do esôfago levando a sintomas de pirose, constipação e dor abdominal (CORRÊA *et al.*, 2004)

Mãe e feto possuem composição genética distinta, mas a rejeição esperada não acontece por diminuição da resposta imunológica do organismo materno. Há maior susceptibilidade a algumas infecções e algumas doenças autoimunes podem apresentar melhora (CORRÊA *et al.*, 2004)

Ainda de acordo com Corrêa *et al.* (2004), durante a gestação ocorrem ajustes metabólicos que visam às exigências energéticas fetais. A necessidade calórica aumenta e o ganho de peso médio é de 12,5Kg. Inicialmente a alteração do metabolismo da glicose acontece para construir reserva materna e depois desviar glicose e aminoácidos para o feto. Os hormônios da gravidez aumentam o estímulo às células pancreáticas fazendo com que a mulher passe por um período de aumento de insulina com tendência à hipoglicemia, a partir da segunda metade da gravidez há produção de hormônios contra insulínicos que levam ao aumento da resistência periférica a insulina.

Ocorre dilatação do trato urinário que leva a estase ureteral, aumento do refluxo vesicoureteral, favorecendo infecções (CORRÊA, *et al.*, 2004)

Durante a gestação há aumento do volume sanguíneo, para atender as demandas do binômio mãe-feto, e aumento dos fatores de coagulação fazendo com que a gestante permaneça em estado de hiper coagulabilidade além da maior agregabilidade plaquetária e supressão do sistema fibrinolítico levando a maior susceptibilidade ao tromboembolismo (CORRÊA *et al.*, 2004)

A avaliação pré concepcional é consulta médica ou de enfermagem direcionada ao casal que deseja planejar uma gravidez. Neste momento a equipe de saúde tem a oportunidade de contribuir para redução da mortalidade materna e neonatal; orientando o casal o intervalo adequado entre as gestações; solicitando sorologias de doenças infecciosas de transmissão vertical; é também o momento de abordar mulheres com patologias crônicas descompensadas e planejar o melhor momento para a gestação. A avaliação pré concepcional faz parte do grupo de ações do planejamento familiar que inclui também as orientações anticoncepcionais, evitando gravidezes indesejadas, orientando os casais quanto ao método anticoncepcional mais indicado e contribuindo para a redução dos abortamentos provocados (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004)

Na avaliação pré concepcional a equipe de saúde deve ficar atenta aos fatores de risco para mau prognóstico da evolução da gravidez: hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; extremos de idade; história de gemelaridade; história familiar próxima de doenças específicas da gravidez (pré eclampsia e eclampsia); anemia falciforme; infecção pelo vírus HIV; uso abusivo de drogas ilícitas, álcool e tabaco; abortamento de repetição; passado de mal formações; obesidade. As mulheres com fatores de risco devem ser orientadas quanto as possíveis complicações durante a gravidez como maior chance de desenvolver doenças específicas da gravidez; diabetes gestacional; trabalho de parto prematuro e mal formações congênitas. Alguns casos poderão ser acompanhados pela equipe de atenção básica e quando necessário encaminhadas ao acompanhamento de alto risco. Pacientes encaminhadas ou que necessitem obrigatoriamente de acompanhamento pré natal com especialista deverão manter vínculo na UBS (BRASIL, 2012)

Pré-natal é o conjunto de medidas realizadas pela equipe de saúde destinada às mulheres gestantes, objetivando orientar e preparar estas mulheres para o processo de gestação, trabalho de parto e puerpério além de acompanhar doenças infecciosas que possam causar danos ao

binômio mãe-bebê e doenças crônicas que podem descompensar durante este período ou ainda doenças específicas da gravidez (CORRÊA *et al.*, 2004)

A demanda pelo acompanhamento pré-natal é das mais importantes da atenção primária e traz a gestante e seus familiares para mais perto da equipe de saúde, tornando este momento de mudanças e adaptações, propício para intervenções com toda a família envolvida. São comuns as queixas de sialorréia, aumento da secreção vaginal, cefaleia, aumento das micções, pirose, lombalgia, câimbras, dispnéia, sangramento gengival, varizes e hemorróidas. Estas pacientes devem ser acolhidas, ouvidas e avaliadas pelos profissionais da equipe de saúde, quando houver indicação a gestante será encaminhada para consulta médica (BRASIL, 2006)

O diagnóstico de gravidez se dá pelo resultado de exame de sangue com resultado de β HCG positivo; presença de batimentos cardíacos fetais na ultrassonografia, sonar ou estetoscópio de Pinard; percepção de movimentos fetais pelo profissional assistente. Sinais como o aumento de apetite, náuseas, aumento das mamas, saída de colostro pelo mamilo e aumento do volume uterino são ditos presuntivos de gravidez (CORRÊA *et al.*, 2004)

A elaboração de um sistema de informações sobre o pré-natal (SISPRENATAL) permite que se tenha uma visão ampla da assistência à gestante com dados sobre o momento do diagnóstico, exames solicitados, tempo de espera por exames, tratamento de resultados alterados; possibilitando aos gestores e equipe traçarem planos de melhoria da assistência tornando-o cada vez mais completo e humanizado (BRASIL, 2012).

A assistência das mulheres com boa evolução é chamada pré-natal de risco habitual; para as mulheres que têm alguma doença crônica ou algum fator que possa complicar durante a gestação, trabalho de parto, puerpério ou oferecer risco à mulher e ao recém-nascido a assistência é chamada pré-natal de alto risco. Importante ressaltar, que em toda consulta o risco deve ser reavaliado, para intervenção adequada (BRASIL, 2012)

Idealmente, o pré-natal deve começar nas primeiras semanas de gestação; logo após a confirmação do diagnóstico. O acompanhamento pode ser realizado pelo médico ou enfermeiro, preferencialmente pelos dois profissionais, revezando as consultas. São preconizadas pelo Ministério da Saúde o mínimo de seis consultas de pré-natal respeitando os intervalos de quatro semanas até 28 semanas exclusive, quinzenalmente de 28 semanas a 37 semanas exclusive, a partir de 37 semanas as avaliações são semanais até o parto. Não existe “alta” do pré-natal (CORRÊA *et al.*, 2004)

A primeira consulta de pré-natal deverá abordar toda a história da mulher com dados de identificação, história pessoal pregressa, história reprodutiva, história da gravidez atual, hábitos de vida como tabagismo e etilismo, história social, história familiar, principalmente complicações de gestação entre irmãs e mãe da paciente. O exame físico deve conter peso, altura, índice de massa corporal, pressão arterial aferida em ambos os braços, ectoscopia, oroscopia, avaliação de aparelho cardiovascular, respiratório, abdome e exame gineco-obstétrico (CORRÊA *et al.*, 2004)

Durante todo o acompanhamento a gestante e seus acompanhantes deverão ser orientados em relação a hábitos alimentares, incentivo ao aleitamento materno, dúvidas demandadas por eles, assistência odontológica, atualização do cartão de vacina, consultas subsequentes, maternidade de referência. O cálculo da idade gestacional deve ser feito por estimativa a partir da data da última menstruação (DUM). Está indicada a prescrição de suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso para profilaxia de anemia. A equipe de saúde da família e comunidade deve aproveitar este momento, em que a gestante e seus familiares estão em constante contato com a unidade, para promover práticas educativas individuais e coletivas. (MINAS GERAIS, 2012a).

Nas consultas subsequentes deverá ser realizada anamnese sucinta incluindo investigação de sinais e sintomas, perdas de líquido ou sangue pelos genitais e percepção de movimentação fetal. O exame físico será direcionado aos controles maternos e fetais. Serão avaliados os índices antropométricos da gestante, altura uterina, medida da pressão arterial, presença de edema, exame dos genitais e mama, batimento cardíaco fetal, avaliação de movimento. (CORRÊA *et al.*, 2004)

A idade gestacional deverá ser calculada e atualizada em todo encontro do profissional de saúde e gestante; esta avaliação é feita por semanas de amenorreia sendo considerado parto pré-termo aquele que ocorre antes de 37 semanas e pós-termo o que ocorre após 42 semanas de gestação. A prematuridade é a maior causa de morbimortalidade perinatal. Deve-se fazer também o cálculo da data provável do parto (DPP) usando-se a regra de Naëgle, somando sete ao dia da última menstruação e somando nove ou subtraindo três do mês da última menstruação (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004)

Durante o acompanhamento da gestante serão solicitados exames complementares em no mínimo três momentos: primeiro (12-14 semanas de gestação), segundo (22-24 semanas de gestação) e terceiro (32-34 semanas de gestação) semestres. Faz-se triagem para doenças

passíveis de intervenção como sífilis, infecção pelo HIV, toxoplasmose, isoimunização pelo fator Rh, infecção urinária e diabetes gestacional. São preconizados: anti HIV, VDRL, HbsAg, toxoplasmose IgM e IgG, hemograma, urocultura, grupo sanguíneo ABO e fator Rh, glicemia de jejum. Deve-se aproveitar a presença da mulher na unidade de saúde e oferecer a ela consulta com o profissional odontólogo, exame citopatológico do colo do útero e exame parasitológico de fezes. Neste primeiro contato e ao longo do acompanhamento a mulher deve ter espaço para sanar suas dúvidas e ser devidamente orientada sobre todo o processo. Toda gestante tem direito a acompanhante durante o pré natal (BRASIL, 2012)

A ultrassonografia obstétrica não é obrigatória e deverá ser realizado de maneira individualizada (BRASIL, 2012)

O exame de coombs indireto deverá ser solicitado mensalmente para gestantes do grupo Rh negativo. Mulheres com sorologia para toxoplasmose IgM e IgG negativos serão consideradas susceptíveis a infecção e terão o exame repetido trimestralmente. No último trimestre da gravidez recomenda-se a coleta de swab anal para cultura de estreptococo beta hemolítico (BRASIL, 2012)

A avaliação de risco é dinâmica e deverá ser realizada em todas as consultas de atendimento à gestante, pois a gestação de risco habitual pode ser definida como de alto risco a partir do momento que sejam identificados fatores associados a pior prognóstico para a mãe e o bebê, exigindo avaliações mais frequentes e, muitas vezes, maior propedêutica. A gestante encaminhada ao pré-natal de alto risco deverá continuar sendo acompanhada pela equipe de atenção básica (BRASIL, 2012)

A atenção básica é porta de entrada do serviço público de saúde e por isso algumas vezes recebe emergências obstétricas que deverão ser encaminhadas aos serviços especializados para confirmação ou não do diagnóstico inicial. São alguns fatores de risco para emergências as síndromes hemorrágicas, suspeita de pré-eclampsia, sinais premonitórios de eclampsia, eclampsia, trabalho de parto prematuro, suspeita de abdome agudo, isoimunização Rh, crise hipertensiva (ALBUQUERQUE, ABEGG; RODRIGUES, 2004)

É esperado que a mulher entre em trabalho de parto entre a 37^a e 41^a semana gestação, sendo este considerado o parto a termo. Quando o parto não ocorrer até a 41^a semana a mulher deverá ser encaminhada ao serviço obstétrico de referência (BRASIL, 2012).

Assim, o como o pré-natal, o período pós-parto é de grande importância para a mulher devendo ser acompanhado pela equipe de saúde. Durante as avaliações de pré-natal a gestante deve ser incentivada a retornar à unidade até o 42º dia de puerpério. Nesta avaliação a mulher é avaliada do ponto de vista ginecológico e geral, além de receber orientações para cuidados pessoais e com o bebê, amamentação, vida reprodutiva e atividade sexual. O acompanhamento da mulher só se encerra após o 42º dia de puerpério (MINAS GERAIS, 2012)

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação dos nós críticos

São nós críticos deste problema, ausência de atendimento sistematizado / protocolo para abordagem das gestantes: a dificuldade de acesso a algumas gestantes que resistem a ir ao PSF e preferem ficar com o especialista; pouca experiência da equipe para melhor informar as gestantes; desinformação do fluxo PSF-maternidade.

Visando solucionar estes nós críticos, será organizada uma capacitação da equipe com ajuda da equipe multidisciplinar disponível no município (nutricionista, psicólogo, médico pediatra, médico ginecologista, assistente social). Espera-se que toda equipe compreenda a importância das consultas de pré-natal e a relevância da informação da gestante.

Para construir um plano de ação é essencial que este, seja um plano educacional. Chamar estas mães para a responsabilidade da gestação, trazer mesmo aquelas que fazem pré-natal com o especialista para consultas no posto, para que se sintam acolhidas e percebam que a equipe reconhece a importância dos resultados de seus exames e da evolução de sua gestação.

As ações propostas para seu acompanhamento serão as seguintes: conferência e atualização do cartão de vacina e do cartão de pré-natal; encaminhamento ao serviço de odontologia; orientação em relação ao tempo de duração da gestação, sinais e sintomas do trabalho de parto e colocação da equipe à disposição para qualquer esclarecimento.

Para trazer as mulheres à UBS haverá o estímulo de práticas de alongamento, encontro com outras gestantes e discussão de suas angústias, espera-se que elas percebam melhoria no seu bem estar e participem cada vez mais dos encontros. O convite a estas mulheres será feito por meio de busca ativa com ajuda das agentes comunitárias de saúde, mesmo daquelas que fazem o pré-natal com o especialista ou em grupos de alto risco fora do município. O acolhimento será realizado por toda equipe. Haverá uma primeira consulta com a enfermeira para atualização dos dados e abertura do cartão de pré-natal.

Serão organizados grupos operativos com as gestantes, principalmente as em situação de risco, para orientá-las quanto às mudanças do corpo e da vida, esclarecer qual o objetivo da vacinação, a importância de no mínimo seis consultas de pré-natal, informar sobre a evolução da gestação e, caso entre em trabalho de parto, o que fazer e a quem recorrer. Devido à inexistência de atividades voltadas para a gestante até momento, o grupo constitui-se como

uma atividade pioneira na unidade de saúde, a qual será inserida no protocolo de atendimento à gestante. Será composto por até dez gestantes e sempre iniciado com uma atividade que estimule a participação e aumente a interação entre as mulheres. Os encontros deverão ter sempre espaço para que a mulher fale, pergunte, não deverá ser um momento de aula ou palestra. Assim como as consultas de pré-natal, este espaço está destinado à interação entre as gestantes, oferecendo um momento exclusivo para a mulher e possibilitando a participação da família junto à mesma. As atividades serão pré-programadas pela equipe com duração de uma hora.

As orientações iniciais poderão ser dadas dentro do consultório, fornecidas pela médica e pela enfermeira da unidade, ainda na primeira consulta. Além disso, estas mães deverão ser acompanhadas assim que chegarem da maternidade, com visita das ACS que levarão um questionário e se houver dúvida médico e a enfermeira deverão participar da visita. Para orientação das gestantes serão utilizadas as cartilhas desenvolvidas pelo projeto Mães de Minas da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Com o intuito de sanar as dúvidas, bem como ajudar em suas angústias, será realizado, mensalmente, um grupo operativo, com o objetivo de discutir temas sugeridos pelas próprias gestantes e por seus acompanhantes. Propõe-se, nesses momentos, a participação de toda a equipe, respeitando os limites cognitivos e técnicos de cada profissional.

Em relação ao fluxo para a maternidade as gestantes deverão ser informadas do fluxo e endereço das maternidades de Pedro Leopoldo e Vespasiano, referências para o município, em todas as consultas de pré-natal, assim como deverão ser lembradas a todo o momento dos sinais de alarme para se buscar atendimento nestas unidades. As gestantes deverão ser esclarecidas sobre serviços particulares e seus direitos no momento do parto.

Para sistematização do atendimento será criado o protocolo de atendimento a gestante baseado em revisão bibliográfica.

6.2 Plano de ação

Problema	Nós críticos
Inexistência de sistematização ao atendimento da gestante.	<p>Falta de informação das usuárias sobre gestação, trabalho e parto e puerpério e contracepção.</p> <p>Resistência das gestantes ao atendimento na APS.</p> <p>Priorização do atendimento com médico especialista.</p> <p>Pouca experiência da equipe para orientação das usuárias.</p> <p>Falta de protocolo do atendimento a gestante.</p>

Para cada nó crítico serão propostos: uma operação/projeto e respectivos recursos, ações e produtos esperados.

Nó crítico	Operação/projeto	Recursos	Ações	Produtos Esperados
Resistência das gestantes ao atendimento com médico não especialista	Sensibilizar as usuárias a utilizar a UBS durante o pré natal	Cadastro familiar Reunião em equipe	Conhecer as gestantes da área de abrangência Organizar grupos operativos para as gestantes e seus acompanhantes Agendar consulta para as gestantes mesmo que façam pré natal em outros serviços.	Acompanhamento pré-natal de todas as gestantes da área de abrangência na UBS pela equipe de saúde da família e comunidade Acompanhante ao lado da gestante durante todo o processo de gravidez. Gestante como responsável de seus cuidados durante a gravidez e pós parto.
Pouca experiência da equipe para orientação das usuárias	Preparar tecnicamente a equipe para receber as gestantes na UBS respeitando as limitações profissionais de pessoais de cada um	Grupo operativo multidisciplinar (enfermeira, médico, psicóloga, odontologista, fonoaudióloga, nutricionista). Televisão, DVD	Organizar reuniões mensais com apresentação de situações comuns na gestação. Incentivar a curiosidade das ACSs em relação à gravidez	Equipe capacitada para acolher o binômio mãe-feto. Equipe treinada para reconhecer sinais de alarme do trabalho de parto.
Falta de informação aos usuários	Informar as gestantes e seus acompanhantes sobre o correr do	Grupos operativos Televisão, DVD, folhetos	Orientação em toda consulta sobre os próximos passos	Gestantes e acompanhantes responsáveis pelo processo de gravidez.

	pré natal, exames, encaminhamentos, medicações, trabalho de parto e puerpério	informativos	Declaração de comparecimento para a gestante e seu acompanhante Preenchimento correto do cartão de pré-natal e prontuário. Entrega à paciente, na primeira consulta da cartilha da gestante.	Gestantes e acompanhantes preparados para as mudanças psicossociais, metabólicas e físicas advindas da gravidez. Família mais bem preparada para receber o recém nascido.
Falta de protocolo do atendimento a gestante	Criar protocolo de atendimento a gestante de forma a homogeneizar o atendimento, sem abandonar as necessidades individuais de cada usuária	Reunião de equipe Material didático Computador	Criar e aplicar fluxograma de atendimento das gestantes Aproximar o atendimento pré-natal prestado pelo profissional médico e enfermeiro Oferecer os serviços a todas as gestantes de forma homogênea.	Oferecer atendimento pré-natal com a mesma qualidade para todas as gestantes da área de abrangência. Equipe envolvida com o processo de gravidez. Sistematização do atendimento às famílias com mulheres gestantes.

6.3 Análise da viabilidade do Plano

Operação/pr ojetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivaçã o	Ações estratégicas
Sensibilizar as usuárias a utilizar a UBS durante o pré natal	Realizar cadastro Reunir a equipe	Equipe de Saúde da Família (ESF)	Favorável	Conhecer as gestantes da área de abrangência Organizar grupos operativos para as gestantes e seus acompanhantes Agendar consulta para as gestantes mesmo que façam pré-natal em outros serviços.
Preparar tecnicamente a equipe para receber as gestantes na UBS respeitando as limitações profissionais de pessoais de cada um.	Conhecimento sobre o tema Capacitação da ESF Sensibilização e apoio da Gestão; mobilização dos profissionais de saúde para capacitação	Médico da Equipe de Saúde da Família -Coordenação de Atenção Primária - Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Discussão com a equipe Capacitação da equipe.
Informar as gestantes e seus acompanhantes sobre o correr do pré natal, exames, encaminhamentos, medicações, trabalho de parto e	Conhecimento sobre o tema e capacitação da equipe. Sensibilização da gestante e acompanhante para acompanhamento. Obtenção de material didático.	Profissionais da ESF. Gestantes e seus familiares. Gestão em saúde do município.	Favorável.	Reunião em equipe. Apresentação e discussão de questões relacionadas à gestação. Orientação da gestante e familiares. Solicitação de material ao gestor.

puerpério				
<p>Criar protocolo de atendimento a gestante de forma a homogeneizar o atendimento, sem abandonar as necessidades individuais de cada usuária</p>	<p>Conhecimento sobre o tema. Projeto de intervenção.</p>	<p>Médico e enfermeiro da ESF. Gestão em saúde do município.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Reunião em equipe. Capacitação do médico e enfermeiro da UBS. Apoio da gestão.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se diz, a realização de um pré-natal é importante para evolução favorável da gravidez e menor mortalidade materna e perinatal. Além disso, é oportunidade para a gestante e seus familiares estarem em contato com a unidade de saúde, sendo momento ideal para abordagem das alterações psicossociais, físicas e metabólicas no contexto familiar.

A partir da sistematização da orientação e atendimento das gestantes na Unidade de Saúde Dom Pedro I unidade II, espera-se que estas mulheres conheçam mais sobre as mudanças no seu corpo, estrutura familiar e relações afetivas e que saibam como se comportar diante dos sinais do trabalho de parto ou risco de abortamento. Outro ponto importante que deve ser alterado é a nutrição do bebê, pois a gestante será durante todo o pré-natal orientada em relação ao aleitamento materno.

Acredita-se que, trazendo estas pacientes e seus familiares para a unidade básica de saúde para discutirem a gestação e a chegada de um novo membro para aquele núcleo familiar, estará sendo feita atividade de prevenção de doenças da primeira infância, prevenção de doenças de transmissão vertical, além do apoio a mulher em fase única na vida reprodutiva.

Através da implantação do Plano de Ação desenvolvido, espera-se contribuir para maior adesão das mulheres grávidas às consultas de pré-natal na UBS, interação da família com o binômio mãe e feto e equipe de saúde da família. Espera-se ainda menores índices de mortalidade materna e de recém nascidos.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. **Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3. 2004
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. **Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada** - manual técnico. Brasília, 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – cadernos de atenção básica. Brasília, 2012.
4. BRASIL. IBGE. Censo demográfico, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=316295>
5. CORRÊA, M. D.; MELO, V. H.; AGUIAR, R. A. L. P.; JUNIOR, M. D. C. **Noções práticas de obstetrícia.** 13 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.
6. LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste.** Rev. Bras. Epidemiol. São Paulo, v. 7, n.4. 2004.
7. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Mães de Minas. A vida merece esse cuidado. **Atenção ao pré-natal e puerpério** – cartilha. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://maesdeminas.saude.mg.gov.br/publicacoes/pre-natal/>
8. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Mães de Minas. A vida merece esse cuidado. **Cartilha dos pais** – cartilha. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://maesdeminas.saude.mg.gov.br/publicacoes/cartilha-dos-pais/>
9. SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI. **Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil.** Rev. Bras. Ginec. Obst. Salvador, v. 26, n. 7. 2004.