

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA**

Especialização em Saúde da Família

Bruna da Silveira Arruda

**GRUPO DE GESTANTES COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE
ACESSO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

OSÓRIO- RS

2017

Bruna da Silveira Arruda

**GRUPO DE GESTANTES COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ACESSO AO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Volume Único

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em Saúde da Família
apresentado ao Departamento de Saúde
Coletiva da Fundação Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, como
requisito obrigatório para a obtenção do título
de especialista em saúde da família.

Orientador: Rodolfo Souza da Silva.

Porto Alegre, RS.

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 CAPÍTULO 1- ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3 CAPÍTULO 2- PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4 CAPÍTULO 3- VISITA DOMICILIAR	14
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	17
6 REFERÊNCIAS	19
7 ANEXO I- PROJETO DE INTERVENÇÃO	21

1 INTRODUÇÃO

Como toda filha caçula, me espelhava em minha irmã mais velha, o que por muito tempo me fez pensar que queria ser arquiteta, pois esse era o desejo de minha irmã. À medida que o vestibular foi se aproximando, e que definitivamente deveria definir a profissão que desejaria seguir, foi crescendo em mim a vontade de trabalhar com algo que sempre me tocou muito, cuidar do outro, e, naquele momento, decidira encarar o desafio de tornar-me médica.

No ano de 2009, ingressei na faculdade de medicina da pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, e desde então, procurei participar das mais diversas experiências que a universidade poderia me ofertar. Em 2010, participei do Projeto Rondon, juntamente com duas equipes multidisciplinares, uma do Rio Grande do Sul e outra do Rio de Janeiro, logo iniciei a participar de ligas acadêmicas, monitorias, estágios extracurriculares em diversas áreas. No ano de 2012, ingressei como bolsista no Pet-Saúde, do qual participei por dois anos, frequentando congressos de medicina de família, realizando trabalhos acerca dos dados epidemiológicos da população, participando de campanhas de vacinação e projetos nas escolas.

Após minha participação no Pet-Saúde, ingressei como bolsista de Iniciação Científica, permanecendo até o início do internato.

Hoje, médica, formada no ano de 2015, atuo na ESF Laranjeira, no município de Osório, no estado do Rio Grande do Sul. Considerei a participação no Programa de Valorização da Atenção Básica um grande desafio, pois estaria exercendo exatamente o desejo que me levou a escolher minha profissão, cuidar de pessoas, em suas mais diversas realidades, e com toda a responsabilidade que isso poderia trazer.

A cidade de Osório localiza-se ao pé da Serra Geral, no litoral norte do estado do RS. O município fica a 95km da capital, Porto Alegre, fazendo divisa com os municípios de Tramandaí, Cidreira, Capivari do Sul, Maquiné, Cará, Torres, Imbé, Xangri-lá, e Santo Antônio da Patrulha.

Osório possui uma Área de 663,267 km², População de 43.586 habitantes pelo censo do IBGE de 2014, com uma densidade populacional de 65,71 hab/km² e IDH 0,839. Segundo o Portal ODM em 2010, Osório possui crescimento anual de 1,25% e taxa de urbanização de 92,69%.

Figura 1- Mapa do litoral norte do RS



Fonte: <https://www.google.com.br/search>

Osório oferece à sua população, em cada setor:

- Saúde: 1 Hospital Beneficente; 1 CAPS; 1 Pronto-Atendimento central, médico e odontológico; 1 SAMU; 1 Conselho Tutelar; 1 Clínica de Fisioterapia que atende SUS e realiza fisioterapia domiciliar; 9 ESF; 1 NASF; 5 UBS;
- Educação: 1 Faculdade (oferece serviço de atendimento psicológico para a comunidade); Escolas Estaduais, Municipais e Particulares, tanto de ensino infantil, como de ensino fundamental e médio; Creches Municipais; 1 Biblioteca Municipal: oferece acesso à internet gratuito; 3 Museus
- Segurança: 1 Delegacia.
- Comércio: Lojas; Postos de Gasolina; Aeroclube; Restaurantes e Bares; 5 Clubes Particulares.
- Lazer: 2 Mirantes com vista da cidade; Praças com aparelhos de musculação para a comunidade e água quente para o chimarrão; Pier em lagoa onde comunidade se encontra aos finais de semana.
- Comunicação: 1 Rádio Comunitária; 1 Jornal da Cidade.

A ESF em que fui alocada dentro do município, ESF Laranjeiras, no bairro Laranjeiras, se encontra aos pés do Morro da Borússia e à beira da RS 30. Atende a 3314 habitantes, dos quais 642 moram em zona rural e 2672 em zona urbana. A população se divide em 1585 mulheres e 1729 homens, dos quais 949 apresentam menos de 18 anos, 612 são idosos e 28 mulheres estão gestantes. Não possui áreas de vulnerabilidade social, embora a maioria da população seja de baixa renda.

Quanto aos recursos existentes nesse bairro, temos:

- Saúde: 1 ESF; 1 UBS.

- Educação: 1 Creche; 4 escolas (1 de ensino infantil, 2 de ensino fundamental e 1 de ensino médio); 2 NUAC;
- Lazer: 1 Sítio Particular de Lazer; 1 Salão de Festas Comunitário; 1 Bocha Comunitária; 1 Clube Particular; 4 Praças: 1 com Wifi, 1 com aparelhos de ginástica para a comunidade;
- Religião: 5 Igrejas (2 evangélicas, 2 católicas, 1 adventista); 1 Retiro Espiritual;
- Comércio: 1 Alambique; 11 Minimercados/padarias; 1 Marmoraria; 2 Postos de Gasolina; 1 Hotel; 3 Restaurantes;
- Associações: 2 Associações: Associação dos Portadores de Necessidades Especiais e Associação de Moradores;

Uma característica importante desta população, é buscar a ESF principalmente para demandas espontâneas e ser resistente a consultas programadas e atividades educativas e/ou preventivas. Um fato que ajuda a entender este contexto, é a possibilidade, neste município, de que os usuários do SUS marquem consultas ambulatoriais diretamente com alguns especialistas na atenção secundária, como Ginecologistas/Obstetras e Pediatras, retornando para a ESF principalmente para renovação de receitas, demandas espontâneas, consultas odontológicas, solicitação de encaminhamentos, realização de vacinas, curativos, entre outras atividades. Nesta unidade, antes do PROVAB, não se realizava pré-natais, puericultura ou visitas domiciliares pelos profissionais médicos.

Este trabalho de conclusão de curso insere-se neste contexto de alteração do fluxo de acesso ao sistema e de desvalorização da atenção primária à saúde.

2 CAPÍTULO 1- ESTUDO DE CASO CLÍNICO

É de conhecimento geral que a gestação envolve diversas mudanças na vida da mulher, e essas vão muito além do que apenas as mudanças físicas, envolvem também as mudanças psíquicas, hormonais e todas as mudanças das estruturas sociais da vida dessa gestante.

Tive a oportunidade de aprender com um complexo caso de Pré-Eclâmpsia, em uma gestante de 24 anos, branca, sem suporte familiar, em sua terceira gestação não planejada e que iniciou seu pré-natal com a idade gestacional de 14 semanas. Essa paciente de 24 anos é casada com o pai do filho que está gestando, com o qual está constantemente em desavença, devido a esse possuir dois filhos de outra mulher, dentro do período de seu casamento atual. A paciente estuda na EJA à noite e trabalha como caixa em um supermercado durante o dia, para sustentar seus outros dois filhos com seu marido, pois este é caminhoneiro e quase nunca está em casa, queixa-se de que o mesmo não contribui muito com as despesas de casa.

A paciente procurou a unidade trazida pela sua agente comunitária, pois, em uma visita, referiu não menstruar mais e não estar em uso de seu anticoncepcional há meses. Durante o atendimento foi referido pela paciente pensar ser desnecessário o pré-natal, pois estava sentindo-se bem. Estava em sua terceira gestação, negou abortos, negou patologias prévias, uso de medicações, álcool ou drogas. Referiu que em ambas as gestações prévias apresentou elevação de sua pressão arterial, sem carteira de pré-natais anteriores, e ambos os conceptos nasceram prematuros devido a convulsões maternas por volta do sétimo mês, com normalização de sua pressão arterial após os nascimentos. Sabia que seu tipo sanguíneo era AB+.

Ao exame físico, a paciente apresentava pressão arterial de 150/90mmHg, altura uterina um centímetro acima da sínfise púbica e batimentos cardíacos com frequência de 150 por minuto, negava contrações, escotomas cintilantes, cefaleia occipital, epigastria ou dor intensa no hipocôndrio direito.

O caso desta paciente, visivelmente não envolve apenas o manejo clínico de seu aumento de pressão durante a gestação, envolve também um

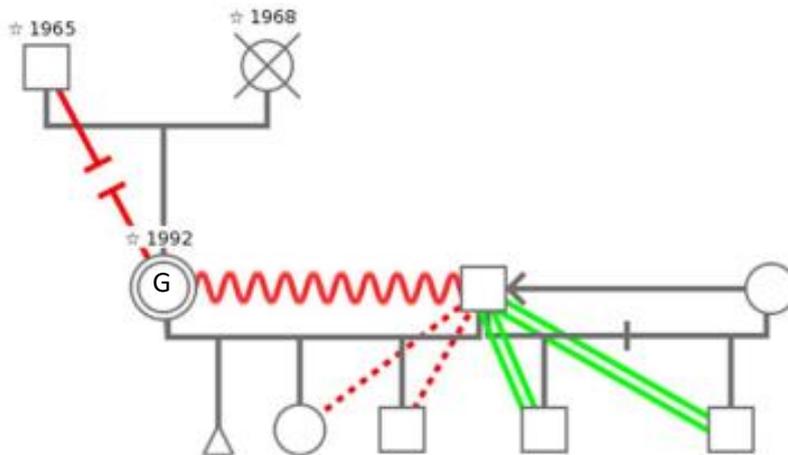
complexo estabelecimento de relações da paciente, para que possamos contribuir para que se estabeleça uma rede de apoio à gestante.

Logo na primeira consulta de pré-natal, foram solicitados todos os exames sugeridos pelo Ministério da saúde, como (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012): Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Glicemia de jejum; Teste Rápido de Sífilis; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; HbsAg; EQU e urocultura e Ultrassonografia obstétrica, além de Creatinina e Albumina, para que se excluísse Pré-Eclâmpsia. Foi também fornecido o Cartão da Gestante, calendário de vacinas e o cronograma para a participação nas atividades educativas existentes na ESF, como o grupo de gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Seguindo o fluxograma disponibilizado pelo Ministério da Saúde, a gestante foi referida para realizar acompanhamento em pré-natal de alto risco, além de manter o acompanhamento na ESF, pois paciente que apresente PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional deve ser acompanhada tanto em alto como em baixo risco, visto também que a paciente apresentou Eclâmpsia em suas duas últimas gestações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A paciente iniciou a medicação Metildopa 250mg uma vez ao dia, e foi monitorada sua pressão arterial, através de visitas domiciliares e atendimentos na ESF.

Além do manejo clínico do caso, foi feito o genograma da família da paciente, para melhor visualizarmos sua estrutura familiar, além de entrarmos em contato com a assistência social e psicologia através do NASF, para que tivéssemos apoio quanto ao suporte da paciente e de sua família.

Figura 2- Genograma



Fonte: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma/>

Traduz laços familiares e relações interpessoais. Um casal, esposa falecida, teve uma filha (caso índice) que possui relação rompida com seu pai. O caso índice é casado e não possui boa relação conjugal devido a seu marido ter dois filhos de outra relação durante o período do seu casamento. Possui um casal de filhos de seu marido e está em sua terceira gestação não planejada.

□ - homem ○ - mulher ◎ - índice △ - gestação G- gestante =| | - relação rompida 〰 - desavença
 - - - - - distante ————— muito ligado —————> dominante

A paciente foi acompanhada até o término de sua gestação, por atendimentos ambulatoriais, visitas domiciliares e pela participação no grupo de gestantes. Com idade gestacional de 38 semanas, evoluiu para parto vaginal sem intercorrências.

Durante todo o pré-natal, a paciente teve dois aumentos de pressão arterial, um de 145/90 com 20 semanas de idade gestacional e outro de 150/90mmHg com 26 semanas de idade gestacional, os quais não se configuraram emergências hipertensivas pelos seus valores, porém no segundo episódio apresentou relação P/C de 0,5, caracterizando pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, sendo então encaminhada para o hospital de referência para o manejo clínico, no qual ficou internada por 2 dias, recebendo alta hospitalar após o mesmo.

A paciente seguiu sendo acompanhada pelo pré-natal de alto risco e pela ESF, conforme calendário de consultas pré-natais do Ministério da Saúde, com atendimentos na ESF e visitas domiciliares. Na primeira semana de puerpério a paciente recebeu visita domiciliar, onde foi orientada a continuar o monitoramento da pressão e medicação anti-hipertensiva, sobre os cuidados do puerpério e sobre aleitamento materno.

Casos como o desta paciente são extremamente complexos de serem manejados, pois envolvem riscos clínicos e sociais. Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível.

De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte, por exemplo, uma gestante com síndrome hipertensiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A hipertensão crônica é observada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Já a Pré-Eclâmpsia, é a hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios: pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg, proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em ta urinária, oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora), níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL, sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais), dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia, plaquetopenia, aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas e presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Nos casos de Pré-Eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, ela surge em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O último dos diagnósticos diferenciais das síndromes hipertensivas em gestantes é a hipertensão gestacional (sem proteinúria). Como a proteinúria pode aparecer tardiamente, o diagnóstico será retrospectivo, sendo necessário afastar pré-eclâmpsia. Hipertensão transitória da gravidez: a pressão retorna ao normal até 12 semanas após o parto (diagnóstico retrospectivo) ou Hipertensão crônica: a elevação da pressão arterial persiste além de 12 semanas após o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

3 CAPÍTULO 2- PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

No Brasil, ainda é muito expressivo o número de óbitos neonatais, apresentando uma velocidade de queda aquém do desejado em relação à mortalidade infantil. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal. Embora se tenha observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de infecções congênitas, assim como de hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2012).

A realização do Pré-Natal de Baixo Risco representa um grande desafio para o sistema de saúde, pois as taxas de mortalidade maternas ainda são elevadas. O alcance da meta proposta no Objetivo de Desenvolvimento do Milênio dependerá da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna no Brasil. A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. O principal indicador do prognóstico ao nascimento o acesso à assistência pré-natal (BRASIL, 2012).

Para conseguirmos modificar essa realidade e assegurar nosso objetivo, não basta lançarmos mão de nossos conhecimentos científicos simplesmente, necessitamos atingir a população e sensibilizá-los para a importância deste ato. Grande parte dos serviços de saúde tem passado por mudanças, na estruturação e organização, com o objetivo de construir um modelo de atenção à saúde mais equânime, democrática e participativa e que tenha como

pregorativas básicas os princípios da humanização da assistência, promoção e prevenção da saúde (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

O Ministério da Saúde, em sua elaboração da Política Nacional de Atenção Básica, no intuito de orientar a realização de Pré-Natal de qualidade, orienta estados e municípios a garantirem alguns elementos, destacados entre eles os seguintes (BRASIL, 2012):

- Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes";

- Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação);

- As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Na ESF onde estou inserida, a realidade de assistência pré-natal não vinha ao encontro de alcançarmos o objetivo proposto, onde as gestantes eram atendidas na atenção secundária, sem estabelecimento de vínculos, sem participação dos parceiros e sem conhecerem-se entre si, mantendo também, um vínculo fraco com a equipe de saúde. Portanto, com o objetivo de sensibilizar gestantes acerca da importância do cuidado continuado e integral, estabelecer vínculo entre a equipe de saúde e as gestantes, criar espaço na agenda da equipe para a realização de ações educativas, organizar o fluxo de atendimento pré-natal na ESF e realizar busca ativa de gestantes pertencentes à área de abrangência da ESF, decidimos implementar um grupo de gestantes, ação educativa que além de um referencial teórico, culmina numa ação que gera a melhoria da assistência pré-natal para a população local e amplia o atendimento às gestantes para além da consulta médica, de enfermagem ou odontológica individual, propiciando o acolhimento de suas ansiedades e queixas e fortalecendo a resolutividade da atenção básica.

Foi realizada a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, organizou-se o fluxo de assistência pré-natal na unidade, criou-se espaço na agenda da equipe para ações educativas, realizou-se levantamento das gestantes pertencentes à área de abrangência e busca ativa das gestantes, apresentou-se o projeto para a secretaria municipal de saúde e foi realizada, então, reunião da equipe multiprofissional com as gestantes da área

de abrangência, quando foi apresentado o projeto e seus objetivos e aberta à discussão com as participantes para discutir os temas de interesse.

Após a criação do grupo, muitas gestantes começaram a realizar seus pré-natais na unidade, participando do grupo e da consulta com seus parceiros, que também recebiam orientações.

Foi realizada visita à maternidade no Hospital de Osório, os grupos contaram com a participação constante de uma psicóloga, a qual desenvolvia atividades com as gestantes, e participação eventual de fonoaudióloga, educador físico e nutricionista. Antes da criação do grupo, realizávamos o pré-natal de aproximadamente 7 gestantes, ao final do período, contávamos com 28 gestantes.

Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal (BRASIL, 2012), permitindo também o estabelecimento de vínculo com as usuárias e dessas entre si, proporcionando um cuidado longitudinal dessas mulheres pela equipe, um espaço de trocas de experiências e de aprendizado em saúde. A assistência longitudinal de qualidade a esta população proporciona a educação e a promoção da saúde, além de contribuir para a reorganização do fluxo de acesso ao sistema público de saúde.

4 CAPÍTULO 3- VISITA DOMICILIAR

O Programa de Saúde da Família preconiza ações de prevenção, promoção, curativas e de reabilitação, com participação social, visando ações de vigilância em saúde local. Envolve atendimento multiprofissional e em equipe a todos os ciclos de vida, alicerçado aos princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade). As equipes desenvolvem ações de atendimento individual e coletivo, seja no consultório, na residência, na unidade ou na comunidade (JANUARIO, RODRIGUES, FERRAZ).

A visita domiciliar antes de completar 7 dias do parto, e também 7 dias de vida do recém-nascido, tem em vista a avaliação da puérpera e do recém-nascido, pois o puerpério é um período complexo em que a mulher sofre diversas alterações psíquicas e corporais, necessitando de cuidado domiciliário qualificado para sanar dúvidas e ansiedades, orientar modificações corporais, identificar sinais de infecção precocemente, bem como compreender e contribuir com a nova dinâmica familiar e social (JANUARIO, RODRIGUES, FERRAZ), além de ser a oportunidade ideal para a equipe avaliar os cuidados para com o recém-nascido e a técnica de amamentação. Deve-se identificar o histórico do parto e possíveis intercorrências, ouvir todas as dúvidas, queixas e ansiedades para orientar integralmente e realizar um exame físico adequado (JANUARIO, RODRIGUES, FERRAZ).

Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde para acompanhamento pré-natal, de puerpério e do recém-nascido, entre as condições para a atenção pré-natal e puerperal efetiva estão (BRASIL,2006):

1. Humanização da atenção obstétrica e neonatal como fator essencial para o adequado acompanhamento das mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, e do recém-nascido;

2. Acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres na gestação e no puerpério, tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, visando garantir o seguimento durante toda a gestação, com classificação do risco gestacional na primeira consulta e nas consultas

subseqüentes, assegurando esclarecimentos e orientações necessários por meio da realização de ações educativas.

A realização das visitas domiciliares deverá reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e, apesar de estarem voltadas à gestante, deverão ter caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante, ou para outro membro da família, deve ser observado e discutido com a equipe na unidade de saúde (BRASIL,2006).

As visitas domiciliares devem ser realizadas pelas agentes comunitárias, enfermeiros e médicos, e, caso haja necessidade, por outros profissionais da rede de apoio, como dentista e psicólogo por exemplo, e devem ter como objetivos reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações; acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário; completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar; reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde. Deverá ser visto o cartão da gestante e deverão ser discutidos os aspectos ligados a consultas, vacinação, sintomas que a gestante está apresentando e aspectos relacionados com os demais membros da família (BRASIL,2006).

As visitas domiciliares na unidade onde estou inserida, são realizadas pelas agentes comunitárias, as quais verificam os pontos essenciais citados acima, discutindo sempre os casos com a equipe multiprofissional. Caso a gestante não seja capaz de comparecer à unidade para a realização do pré-natal, ou se encontre nos primeiros 7 dias do puerpério, a visita será realizada por médico, enfermeiro e agente de saúde, levando o atendimento até o domicílio da paciente. Esta visita será agendada, verificando a prioridade em relação às demais e respeitando o calendário das consultas de pré-natal, a paciente terá um atendimento igual ao que teria no consultório, realizando anamnese e exame físico normalmente, pois a

equipe leva ao local todos os materiais necessários (sonar, gel para o sonar, fita métrica, luvas, etc).

A visita domiciliar é uma ferramenta valiosa também para se trabalhar com a família e cuidadores da gestante/ puérpera, orientá-los sobre os cuidados necessários, sobre as mudanças físicas e psíquicas que ocorrem com a gestante, e também sobre os cuidados com o recém-nascido, sensibilizando-os sobre a importância de seus papéis como familiares. Outro ponto fundamental na visita domiciliar da puérpera, é avaliá-la quanto à sua recuperação, seus temores e angústias e sobre seu suporte familiar, compreendendo a atenção e suporte que essa gestante necessita.

Quanto à avaliação do recém-nascido, é fundamental avaliar as técnicas de amamentação da puérpera, como o recém-nascido está reagindo ao ambiente extra-uterino, assim como avaliar o próprio ambiente no qual ele está sendo acolhido.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O PROVAB foi criado para levar profissionais a regiões desfavorecidas, assim como para capacitar esses profissionais para que pratiquem sua atividade e multipliquem seus conhecimentos onde trabalham, melhorando a qualidade do atendimento ao paciente.

Porém, o processo de aprendizagem que o PROVAB nos proporciona vai muito além de aprender a manejar casos clínicos de uma forma correta e factível conforme a realidade dos pacientes.

Este programa ensina aos médicos participantes a enxergarem a como melhorar a forma de atendimento ao paciente, desde a gestão em saúde- fazendo com que o participante se coloque no lugar do gestor e pense sobre a política em saúde- ao cuidado aos acamados, recém-nascidos, puérperas e realização de grupos para a comunidade.

Ao longo do curso e da experiência profissional, somos expostos a diversas situações novas e muitas vezes inusitadas, porém, na maioria delas, temos um suporte para conseguirmos resolvê-las.

Aprendemos epidemiologia, a pensar como gestores de saúde, a organizar agendas de atendimentos, visitas domiciliares e atividades multiprofissionais, a basearmos nossas condutas frente a atendimentos pediátricos, ginecológicos/obstétricos, geriatria ou de clínica geral em suas mais diversas situações sempre em evidências científicas, apresentando-nos ferramentas úteis para resolvermos àquelas situações em que mesmo procurando nos basear nas evidências científicas, não obtemos as respostas, como o TeleSaúde por exemplo.

O PROVAB me proporcionou a oportunidade de atuar como médica, com o suporte de uma grande instituição me capacitando a melhorar nos diversos aspectos citados acima, me ensinando a pensar e a exercer minha profissão em prol do coletivo.

Quanto à experiência na ESF, acredito que todos os profissionais devessem passar por experiências assim para que crescessem profissionalmente e se sensibilizassem com as diversas realidades que existem em nosso país.

Termino este ano com a certeza de que cumpri meu papel da melhor forma possível, buscando sempre crescer com meus colegas de trabalho e também com os pacientes, procurando transmitir responsabilidade e confiança, mesmo quando meus próprios medos batiam à porta, pois sabia a responsabilidade que assumia a cada gesto.

Ao olhar para este ano que em que fiquei inserida na comunidade, vejo que desenvolvi um olhar mais humano e aprendi a me posicionar como profissional que zela pelo bem e progresso da comunidade.

7 REFERÊNCIAS

BARBOSA, T.L.A.; GOMES, L.M.X.; DIAS, O.V.- O Pré-Natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes.

Cogitare Enferm., vol.16, n, 1, p.29-35, 2011.

BRASIL. IBGE, BRASIL, 2014. Censo Demográfico.

Acessado em:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/riograndedosul/osorio.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. Cadernos de Atenção Básica, Pré- Natal de Baixo Risco, 2012, pg 56.

Acessado em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. Cadernos de Atenção Básica, Pré-Natal de baixo risco, 2012, Fluxograma de pré-natal, pg 55.

Acessado em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº32. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.

Acessado em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernosatencaobasica32prenatal.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. Gestação de Alto Risco, Manual Técnico, 5ª Edição, pg 28.

Acessado em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. MANUAL TÉCNICO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.

Acessado em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

JANUÁRIO, TALITA REBEQUI RODRIGUES, CARLA ROBERTA
FERRAZ.

A importância da visita domiciliar à puérpera na primeira semana do
puerpério: visão do enfermeiro.

ANEXO I- PROJETO DE INTERVENÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE -
UFCSPA**

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**GRUPO DE GESTANTES COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE
ACESSO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

BRUNA DA SILVEIRA ARRUDA

Osório, RS.

2017

RESUMO

O município de Osório, Rio Grande do Sul, possui 43.897 habitantes, com uma população feminina de 20.749, sendo que destas, 12.659 se encontram em idade fértil (10-49 anos). A Equipe de Saúde da Família Laranjeiras, localizada no município, abrange uma população total de 3.314 habitantes, dos quais 1.215 habitantes são mulheres, 625 delas se encontram na faixa-etária de 10-49 anos e o número de gestantes, hoje, é 18. No que se refere ao acesso à assistência pré-natal, não há no município fluxo organizado para que a porta de entrada ao sistema público de saúde seja realizada pela atenção primária, devido ser permitido agendamento de consultas diretamente com especialistas Ginecologistas/Obstetras a nível ambulatorial na atenção secundária, com os quais muitas gestantes realizam seu pré-natal e então retornam à atenção primária, invertendo o fluxo no sentido da atenção secundária para a atenção primária, ferindo as diretrizes do SUS no que tange à longitudinalidade e à integralidade, assim como enfraquecendo o vínculo estabelecido com os profissionais de atenção básica, onerando o sistema e ocupando espaço de consultas com maior grau de complexidade. Devido a esse fato, observa-se, na área de abrangência da ESF Laranjeiras, o desenvolvimento da cultura de valorização da atenção secundária aos cuidados de pré-natal. Objetiva-se valorizar a atenção básica no cuidado continuado e integral às gestantes e fortalecer o vínculo da equipe de saúde com estas pacientes. Sugere-se a utilização das orientações contidas no manual de assistência pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde. O trabalho será realizado em 7 momentos: apresentação da proposta para a equipe de saúde ESF Laranjeiras, organização do fluxo de assistência pré-natal na unidade dos atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, criação na agenda da equipe de espaços para ações educativas com periodicidade regular, levantamento das gestantes pertencentes à área de abrangência, busca ativa das gestantes, apresentação e discussão do projeto com a Secretaria Municipal de Saúde e reunião com as gestantes participantes. Espera-se, com a implementação do grupo de gestantes da ESF Laranjeiras, possibilitar um melhor atendimento à

gestante com ações educativas interdisciplinares, interativas e que possibilitem a troca de experiências entre estas e os profissionais de saúde, estabelecer vínculo com a usuária do sistema e desenvolver a cultura de valorização da atenção básica, para que seja possível uma reorganização do fluxo de acesso ao SUS.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Assistência Pré-Natal. Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	24
2 OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
4 METODOLOGIA	32
5 CRONOGRAMA	34
6 RECURSOS NECESSÁRIOS	36
6.1 RECURSOS HUMANOS	36
6.2 RECURSOS MATERIAIS	36
7 RESULTADOS ESPERADOS	37
8 REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, ainda é muito expressivo o número de óbitos neonatais, apresentando uma velocidade de queda aquém do desejado em relação à mortalidade infantil. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal. Embora se tenha observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de infecções congênitas, assim como de hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2012). Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais, e é nesse contexto que este Projeto de Intervenção se insere.

O município de Osório possui uma população estimada de 43.897 habitantes, IDH de 0,751, com uma população feminina de 20.749, sendo que destas, 12.659 se encontram em idade fértil (10-49 anos) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)¹. Segundo dados do diagnóstico realizado pela Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2015, na área de abrangência da ESF Laranjeiras, há uma população de 3.314 habitantes, dos quais 1.215 são mulheres e 625 se encontram na faixa-etária de 10-49 anos, 28 são gestantes pertencentes à área, e destas, apenas 6 realizam assistência pré-natal na ESF.

É permitido, neste município, que os usuários do SUS marquem consultas ambulatoriais diretamente com alguns especialistas, como Ginecologistas/Obstetras e Pediatras, e desde então, vem crescendo o número de gestantes de baixo risco que realizam suas consultas de pré-natal na atenção secundária, perdendo assim o vínculo com sua ESF durante toda a sua gestação, retornando à atenção primária somente para a realização de puericultura, quando essa não é realizada também na atenção secundária diretamente com médicos pediatras, passando a atenção primária a atuar como unidade de pronto atendimento para demandas espontâneas devido a intercorrências.

Essa inversão de fluxo, da atenção secundária para a atenção primária, não apenas fere os princípios do SUS de longitudinalidade, integralidade e

atenção primária como porta de entrada para o sistema público de saúde, como também gera um custo maior pelos atendimentos de consultas pré-natal, devido ao valor de cada atendimento e necessidade de maior número de especialistas para atender à demanda, aumentando a espera por consultas com estes especialistas por outras causas. Em virtude da valorização do atendimento pré-natal na atenção secundária, desencadeou-se na comunidade perda de confiança e enfraquecimento do vínculo com a equipe de saúde para este fim.

Hoje, na ESF Laranjeiras/Osório, possuímos 18 gestantes em nossa área de abrangência, das quais apenas 6 realizam acompanhamento pré-natal de baixo risco em nossa unidade, as demais optaram por acesso ao sistema de saúde diretamente pela atenção secundária. Importante ressaltar que dentre as 12 gestantes que acessaram o SUS pela atenção secundária, apenas 4 possuem critérios de pré-natal de alto risco, cabendo destacar que, segundo o Manual Técnico de Atenção Pré-Natal de Alto Risco 2010 do Ministério da Saúde, mesmo as gestantes que possuem critérios para pré-natal de alto risco, não devem perder o vínculo com a atenção primária (Manual Técnico Gestação de Alto Risco, Ministério da Saúde, 2010)².

Constitui-se, assim, o **problema** deste Projeto de Intervenção a seguinte questão: como valorizar o atendimento pré-natal na atenção primária de modo que se reestabeleça um vínculo com as usuárias e se proporcione uma atenção integral, longitudinal e acolhedora, favorecendo a retomada do fluxo de acesso à saúde?

Nesse sentido, a fim de otimizar os recursos do sistema e reforçar as diretrizes do SUS, propõe-se a implementação de um grupo de gestantes, ação educativa que além de um referencial teórico, culmina numa ação que gera a melhoria da assistência pré-natal para a população local e amplia o atendimento às gestantes para além da consulta médica, de enfermagem ou odontológica individual, propiciando o acolhimento de suas ansiedades e queixas e fortalecendo a resolutividade da atenção básica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implementar grupo educativo de assistência pré-natal na ESF Laranjeiras, Osório/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar gestantes acerca da importância do cuidado continuado e integral;
- Estabelecer vínculo entre a equipe de saúde e as gestantes;
- Criar espaço na agenda da equipe para a realização de ações educativas;
- Organizar o fluxo de atendimento pré-natal na ESF;
- Realizar busca ativa de gestantes pertencentes à área de abrangência da ESF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Existem distintas concepções do significado do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS), dependendo do país a que se estiver fazendo referência. O termo expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada, com atividades clínicas de baixa densidade tecnológica; são espaços onde se deveria dar o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde e onde existe capacidade para resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Básica, que define a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012):

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.”

Esse mesmo documento define como fundamentos e diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2012):

- I- Território adscrito: respeitando o princípio da equidade;
- II- Acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
- III- Adscrição dos usuários e a longitudinalidade do cuidado;

- IV- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos;
- V- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

O documento traz também que a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas (BRASIL, 2012):

- I- Ser base;
- II- Ser resolutiva;
- III- Coordenar o cuidado;
- IV- Ordenar as redes.

As evidências dos benefícios da APS são amplas, principalmente no que diz respeito ao forte papel que ela desempenha na promoção da equidade, maior satisfação dos usuários e sobre o aumento da efetividade e eficácia da atenção sanitária. Estudos que comparam países com sistemas de saúde baseados em forte orientação para a APS a países com sistema de saúde que tem apenas pequena orientação para APS mostram que os primeiros têm resultados de saúde mais equitativos, eficientes, com custos menores e alcançando melhor satisfação do usuário (BAICKER, CHANDRA, 2004).

Especificamente abordando a questão da realização do Pré-Natal de Baixo Risco, representa um grande desafio para o sistema de saúde, pois as taxas de mortalidade maternas ainda são elevadas. O alcance da meta proposta no Objetivo de Desenvolvimento do Milênio dependerá da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna no Brasil. A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

Grande parte dos serviços de saúde tem passado por mudanças, na estruturação e organização, com o objetivo de construir um modelo de atenção à saúde mais equânime, democrática e participativa e que tenha como premissas básicas os princípios da humanização da assistência, promoção e prevenção da saúde (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. O principal indicador do prognóstico ao nascimento é o acesso à assistência pré-natal (BRASIL, 2012).

No que tange ao papel da Atenção Primária na realização do pré-natal, o documento traz (BRASIL, 2012):

“A unidade básica de saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez, organizando as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção.”

O referido documento, no intuito de orientar a realização de Pré-Natal de qualidade na Atenção Básica, orienta Estados e Municípios a garantirem alguns elementos, destaca-se entre eles os seguintes (BRASIL, 2012):

- Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce);
- Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes";
- É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)";

- Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação);

- As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Ressalta-se as atribuições dos profissionais em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Deve-se realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. De grande importância também, realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos, participar das atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012).

Alguns estudos apresentaram comparações entre desfechos no acompanhamento do pré-natal de médicos generalistas e gineco-obstetras, em uma revisão sistemática realizada pelo grupo Cochrane Database, sendo assim, comprovou-se que não houve aumento nos desfechos adversos perinatais naquelas pacientes acompanhadas por médicos generalistas quando comparados com gineco-obstetras em pré-natal de baixo risco (VILLAR; KHAN-NEELOFUR, 2003).

Finalmente, conforme orientação presente no Caderno de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012):

“O modelo de acompanhamento de pré-natal de baixo risco por médicos generalistas deve ser oferecido para as gestantes. O acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras durante o pré-natal não traz melhoria aos desfechos perinatais em comparação com o encaminhamento destas pacientes em casos de complicações durante o acompanhamento (grau de recomendação A – nível de evidência I).”

Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal (BRASIL, 2012).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Osório. A metodologia constitui-se na execução das orientações vigentes em Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, para as equipes de Atenção Básica, no sentido de implementar o grupo de gestantes e organizar o atendimento de pré-natal na ESF Laranjeiras.

O **primeiro momento** a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, com o objetivo de abrir discussão acerca das orientações do Ministério da Saúde, objetivos, metodologia e resultados esperados. Deve-se discutir com a equipe e a coordenação da unidade acerca do atendimento pré-natal realizado na unidade e quais as atribuições de cada profissional pertencente a ela.

O **segundo momento** será composto pela organização do fluxo de assistência pré-natal na unidade dos atendimentos de triagem, médicos, odontológicos e de enfermagem. Neste momento, cada profissional deve rever sua agenda de atendimentos/atividades e procurar adequá-la à agenda dos demais integrantes.

O **terceiro momento** será composto pela criação na agenda da equipe de espaços para ações educativas com periodicidade regular, de maneira que todos os profissionais participem e tenham suas responsabilidades para com essa atividade e com essas usuárias. Neste momento deverá ser estipulado o local em que será realizada a atividade, o horário e a divisão de tarefas entre a equipe, decidindo-se neste momento os responsáveis por cada atividade e quais questões deverão ser abrangidas.

O **quarto momento** será composto pelo levantamento das gestantes pertencentes à área de abrangência. Neste momento, se realizará um levantamento junto às Agentes Comunitárias de Saúde de todas as mulheres pertencentes à área de abrangência da ESF e que estão cadastradas como gestantes, realizando-se o levantamento de quais realizam pré-natal de baixo risco na atenção primária, na atenção secundária e particular.

O **quinto momento** será composto pela busca ativa das gestantes. Realizar-se-á levantamento junto às Agentes Comunitárias de Saúde de todas as mulheres pertencentes à área de abrangência da ESF que se encontram em

idade fértil, realizando-se visitas domiciliares pela equipe/atendimento ambulatorial para verificação de história menstrual e uso de métodos anticoncepcionais, oferecendo-se teste rápido para gravidez para aquelas em risco.

O **sexto momento** será composto pela apresentação e discussão do projeto com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), discutindo-se possíveis mudanças no fluxo de acesso ao atendimento pré-natal.

O **sétimo momento** será composto pela reunião da equipe multiprofissional com as gestantes da área de abrangência, quando será apresentado o projeto e seus objetivos e será aberta à discussão com as participantes os temas de interesse.

Momentos avaliativos entre os membros da equipe e pela Secretaria Municipal de Saúde deverão ocorrer ao longo do processo de implementação, para verificação da qualidade de assistência pré-natal, aderência e satisfação das usuárias.

5 CRONOGRAMA

O cronograma de atividades abrange um período de seis meses e está representado no quadro abaixo.

Ações	Out/16	Nov/16	Dez/16	Jan/16	Fev/16	Mar/16
Apresentação do projeto à equipe de saúde	X					
Organização do fluxo de assistência pré-natal na unidade	X					
Criação na agenda da equipe de ações educativas		X				
Divisão de tarefas entre a equipe		X				
Levantamento das gestantes da área de abrangência			X			
Busca ativa das gestantes				X		
Apresentação e discussão do projeto com a SMS					X	

Apresentação do projeto e objetivos às gestantes						X
--	--	--	--	--	--	---

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de Saúde da Família composta por 2 médicos, 1 enfermeiro, 2 técnicas de enfermagem, 1 dentista, 1 técnica de saúde bucal e 7 agentes de saúde.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Cadernos de Atenção Básica (Pré-Natal de Baixo Risco);
- Computador
- Projetor
- Cadernetas de Gestante

7 RESULTADOS ESPERADOS

Com o processo de implementação do Grupo de Gestantes na ESF Laranjeiras, Osório/RS, espera-se conhecer o quantitativo de usuárias nesta condição pertencentes à área de abrangência da equipe, identificar se as mesmas estão realizando atendimento Pré-Natal e o local onde estão sendo acompanhadas (Atenção Primária, Secundária ou Particular), assim como fortalecer a atenção primária como porta de entrada para um sistema de saúde acolhedor e resolutivo e contribuir para reorganizar o fluxo de acesso à saúde no município de Osório/RS.

O projeto permite a promoção de espaço para que a equipe reflita sua agenda, quanto às atividades educativas, e o desenvolvimento de trabalhos multidisciplinares, com divisão de responsabilidades, proporcionando uma maior interação e articulação entre seus membros participantes. Além disso, o projeto permite também o estabelecimento de vínculo com as usuárias e dessas entre si, proporcionando um cuidado longitudinal dessas mulheres pela equipe, um espaço de trocas de experiências e de aprendizado em saúde.

A assistência longitudinal de qualidade a esta população proporciona a educação e a promoção da saúde, além de contribuir para a reorganização do fluxo de acesso ao sistema público de saúde.

8 RESULTADOS PARCIAIS

Ao final de fevereiro de 2017, a equipe realizou um levantamento dos resultados parciais e verificou que:

- 20 gestantes estavam realizando seu pré-natal na ESF;
- O grupo contava com 12 participantes ativas;
- Havia 4 pais (companheiros) participantes do grupo e acompanhando as consultas;
- A secretaria de saúde passou a encaminhar as gestantes à ESF quando estas tentavam marcar consultas diretamente na atenção secundária;
- A equipe julgou que estava mais envolvida e foi alcançado um envolvimento multidisciplinar.

Assim, julgamos que os resultados parciais estão condizentes com nossas expectativas e há grande chances de alcançarmos nossos resultados esperados.

8 REFERÊNCIAS

BAICKER.K, CHANDRA.A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. Health Aff. 2004; Suppl Web Exclusives: W4- 184-97.

BARBOSA, T.L.A.; GOMES, L.M.X.; DIAS, O.V.- O Pré-Natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.**, vol.16, n, 1, p.29-35, 2011.

BRASIL. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil, Carmem Lavras.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>

Acessado em: 15set.2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Rio Grande do Sul. Osório. Censo Demográfico. Fecundidade.

Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/3Z0>>. Acesso em: 10ago.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº32. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.

Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernosatencaobasica32prenatal.pdf>>. Acesso em: 21ago.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº32. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.

Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernosatencaobasica32prenatal.pdf>>. Acesso em: 15set.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manuais Técnicos. Gestação de Alto Risco.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 20ago.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2012.

Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>

Acessado em: 15set.2016.

