

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

LUIZ FELIPE DE PINHO GODINHO

**PROPOSTA PARA MELHORIA DA QUALIDADE E DA ADESÃO À ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL**

CORAÇÃO DE JESUS – MINAS GERAIS

2014

LUIZ FELIPE DE PINHO GODINHO

**PROPOSTA PARA MELHORIA DA QUALIDADE E DA ADESÃO À ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

CORAÇÃO DE JESUS – MINAS GERAIS

2014

LUIZ FELIPE DE PINHO GODINHO

**PROPOSTA PARA MELHORIA DA QUALIDADE E DA ADESÃO À ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL**

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa

Prof(a). Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte: 15 de fevereiro de 2014.

AGRADECIMENTOS

A iniciação de um trabalho científico é constituída de tantos percalços que às vezes imaginamos não termos reunido condições para, em pequeno espaço de tempo, apresentar um trabalho com a qualidade acadêmica exigida.

Gostaria de oferecer este trabalho às pessoas que contribuíram para sua realização, e de agradecer-lhes a colaboração.

Dedico, em primeiro lugar, a minha família, que sempre apoiaram, estimularam e torceram pelo meu sucesso.

Em segundo lugar, ao meu orientador Edison José Corrêa, que acreditou nesse trabalho, com tolerância, paciência e, sobretudo, competência.

Em terceiro lugar, a toda a equipe do Polo Montes Claros da Universidade Aberta do Brasil e da Universidade Federal de Minas Gerais.

Também incluo todos os colegas da Unidade Básica de Saúde do Aristides Batista, além dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do município de Coração de Jesus, Minas Gerais, pelo esforço dedicado à coleta de dados, além do apoio no dia-a-dia.

Dedico este trabalho a minha família, que sempre apoiou, estimulou e torceu pelo meu sucesso.

RESUMO

O presente trabalho propõe uma intervenção, de acordo com o modelo de Planejamento Estratégico Situacional, sobre a baixa qualidade da assistência pré-natal prestada no povoado Aristides Batista, no município de Coração de Jesus – MG. Para atingir os objetivos almejados pela equipe de saúde, foram desenvolvidos três modelos de projetos, um para cada nó crítico, respectivamente: Projeto “Pré-natal: Conscientização para Todos” / problema: Conscientização da população; Projeto “Colmeia” / problema Desorganização do processo de trabalho em equipe; Projeto “Acolhimento” / problema: Atenção ineficiente dos profissionais médico e enfermeira. Os modelos contemplam grupos operativos, com educação permanente da população e equipe, reorganização da rede de atenção, com valorização do acolhimento e adoção de um protocolo de atendimento à gestante.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher. Cuidado Pré-Natal. Saúde da Família.

ABSTRACT

The present work proposes an intervention, according to the model of Situational Strategic Planning, on the low quality of prenatal care provided in the village Aristides Batista, in the city of Coração de Jesus - MG. To achieve the goals set by the team, three models of health projects, one for each critical node, were, respectively, developed: Project "Prenatal: Awareness for All" /problem: Awareness of the population; Project "Beehive" / problem: disorganization of the labor process staff; Project "User embracement" / problem: inefficient attention of physician and nurse practitioners. The models include operating groups, with permanent education of the population and staff, reorganization of the health care network, with valorized user embracement and adoption of a protocol of care for pregnant women.

Keywords: Primary health care. Women's health. Prenatal care. Family health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	14
3.1. Objetivo Geral	14
3.2. Objetivos específicos	14
4. METODOLOGIA	15
5. BASES CONCEITUAIS	17
5.1. Sobre a assistência pré-natal	17
5.2. Sobre o roteiro das consultas	20
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
6.1. Projeto “Pré-natal: Conscientização para Todos”	24
6.2. Projeto “Colmeia”	25
6.3. Projeto “Acolhimento”	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
8. REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família refere-se à apresentação de uma proposta de intervenção sobre um dos problemas de saúde considerados prioritários, a condução insatisfatória da assistência pré-natal na comunidade Aristides Batista, município de Coração de Jesus, em Minas Gerais.

No Brasil, apesar da ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal nas últimas décadas, os óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado, mantendo-se elevada a incidência de complicações como sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica, a última principal causa de morbimortalidade materna e perinatal no país.

Portanto ainda tem-se um elevado número de mortes por causas evitáveis, o que demonstra falhas na assistência pré-natal, a despeito de programas como a “Rede Cegonha”, de âmbito federal, e o “Mães de Minas”, do governo do estado. (BRASIL 2012).

Para contextualização, são apresentados alguns dados do município e do território.

O município de Coração de Jesus, emancipado em 1925, localiza-se na região norte do estado de Minas Gerais, a 487 km da capital do estado Belo Horizonte. Conta com população de 26.035 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2010), em recenseamento realizado em 2010, com concentração urbana, de 56,7% das famílias (IBGE 2010), segundo distribuição mostrada no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição da população do município de Coração de Jesus, Minas Gerais, 2010.

Grupo de idade / Nº de Indivíduos	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
Área Urbana	1.153	1.162	1.483	1.459	1.467	3.493	2.862	1.687	14.766
Área Rural	762	971	1.181	1.227	809	2.140	2.714	1.463	11.267
Total	1.915	2.133	2.664	2.686	2.276	5.633	5.576	3.150	26.033

Fonte: BRASIL, 2010

O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,687 (IBGE 2010), com renda familiar média de R\$ 285,60. São os seguintes outros itens sociais (2010):

População atendida por rede geral de distribuição de água: 17.447 (67,02%)

Canalizada em pelo menos um cômodo: 10.343

Canalizada só na propriedade ou terreno: 7.104

Recolhimento de esgoto por rede pública, por residência (a 17.447 pessoas – 67,02%)

Sem instalação sanitária: 8.766 pessoas

Rede geral de esgoto ou pluvial: 777

Fossa séptica: 76

Fossa rudimentar: 15.474

Vala: 344

Rio, lago ou mar: 21

Outro escoadouro: 91

Nível de instrução da população

Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto: 36,91%

1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto: 13,05%

2º ciclo fundamental completo ou mais: 38,88%

Não determinada: 11,16%

O Programa Saúde da Família cobre 95% da população, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Departamento de Informação e Informática do SUS (CNES/DATASUS) (BRASIL 2012), sendo nove o número de equipes.

No povoado de Aristides Batista, localizado na zona rural de Coração de Jesus, a equipe de saúde da Família, à qual pertence o autor, conta com dezenove profissionais, sendo um médico, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, doze agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, um visitador sanitário, um auxiliar de escritório e uma técnica de enfermagem. Esses profissionais contam com unidade de construção própria, em alvenaria com telhado, sem acesso à internet e sem acesso à telefonia física ou móvel, um consultório de clínica médica, um consultório odontológico, uma sala de curativos, um consultório para acolhimento.

A população abrangida é de 3.091 pessoas, segundo caderno oficial de cadastramento das famílias da própria equipe, mês de novembro do ano de 2013. Dentre essa população, havia dezoito gestantes cadastradas naquele momento, todas de risco habitual.

2. JUSTIFICATIVA

Em reunião no mês de abril do ano de 2013, em que estava presente toda a equipe de saúde, foram definidos os problemas prioritários da área de cobertura, para posterior elaboração de uma proposta de intervenção, segundo o Quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Definição dos problemas prioritários segundo a equipe de saúde da família

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Pré-natais tardios e incompletos	Alta	9	parcial	1
Complicações maternas e fetais	Alta	7	parcial	2
Alta mortalidade infantil	Alta	7	parcial	2

Em relação aos dados municipais, segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica, no ano de 2012: (Quadro 3)

Quadro 3: Número de nascidos vivos/ gestantes acompanhadas em Coração de Jesus – Minas Gerais no ano de 2012

ANO/MÊS	NASCIDOS VIVOS	Nº GESTANTES ACOMPANHADAS
2012	206	1.105
Janeiro	26	102
Fevereiro	15	117
Março	40	105
Abril	22	113
Junho	18	107
Julho	18	119
Agosto	21	125
Outubro	22	113
Novembro	10	108
Dezembro	14	96

Fonte: BRASIL (2012).

Considerando essas questões, julgou-se importante estabelecer um projeto de intervenção sobre o problema de saúde dito prioritário, a “baixa adesão das gestantes ao acompanhamento pré-natal”.

3. OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

3.1. Objetivo geral

Propor um projeto de intervenção para a Equipe de Saúde da Família para aumentar a cobertura de pré-natal das mulheres grávidas na área de abrangência.

3.2. Objetivos específicos

Estabelecer mecanismos de prover as famílias de informações relevantes sobre gravidez, parto e puerpério.

Estabelecer, para a área de cobertura, mecanismos de busca ativa de gestantes sem acompanhamento pré-natal.

Propor novo roteiro de acolhimento à gestante.

4. METODOLOGIA

De acordo com CAMPOS *et al.*(2006), Carlos Matus desenvolveu um modelo de enfrentamento de problemas, o Planejamento Estratégico Situacional, o qual foi utilizado como roteiro para elaboração deste trabalho, e que se constitui por quatro fases:

Explicativa: a busca da justificativa do problema, bem como os nós críticos, através de análise situacional.

Normativa: identificação dos atores do processo e os recursos disponíveis. Elaboração de projeções, com prazos e metas, para cada ação planejada.

Estratégico: avalia-se a viabilidade da proposta, com identificação dos atores favoráveis e desfavoráveis.

Tático-operacional: programação das ações e aplicação do plano de ação.

Além do modelo adotado, foi necessária também pesquisa exploratória descritiva e análise quantitativa, utilizando dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, base de dados do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), além de informações fornecidas pela Gestão Municipal e Gerência do posto de saúde Aristides Batista.

Como ferramentas de pesquisa bibliográfica para referencial teórico deste trabalho foram utilizadas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pesquisa Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR>), além de artigos de revisão de bancos de dados como SciELO e Medline. A pesquisa contemplou textos dos últimos dez anos, utilizando os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher, Cuidado Pré-Natal, Saúde da Família.

A seleção dos artigos foi feita elencando àqueles pertinentes ao assunto pela leitura de resumos.

A seguir, foi feito levantamento de nós críticos (a conscientização da população, o processo de trabalho da equipe e o acolhimento às gestantes) em reunião com toda a equipe de saúde para definir um planejamento estratégico situacional em prol dos objetivos propostos, de acordo com Corrêa, Vasconcelos e Souza (2013).

5. BASES CONCEITUAIS

5.1. Sobre a assistência pré-natal

A assistência de qualidade à gestante é essencial para boa condução do pré-natal, prevenção de agravos durante a gestação e complicações maternas e fetais. Nesse aspecto, a Estratégia Saúde da Família tem papel fundamental, sendo porta de entrada aos serviços de saúde, em que a população deve ter acesso aos tratamentos e procedimentos, sejam eles de quaisquer complexidades, com garantia de continuidade do acompanhamento. (STARFIELD, 2002); (MINAS GERAIS, 2006); (VILAÇA, 2012).

Ainda segundo Starfield (2002), as ações de assistência pré-natal devem cobrir toda a população adscrita, com continuidade da assistência, atendendo as necessidades das gestantes, com uso irrestrito de conhecimentos técnicos e recursos adequados para cada caso.

Para Sabino (2007), para que a assistência pré-natal seja satisfatória, ela deve ser precoce e assídua, com participação de pessoal capacitado para detecção precoce de patologias maternas e fetais, o que garante gravidez e parto seguros, evitando morte materna, perinatal e infantil.

Cardoso, Santos e Mendes (2007) e Chrestani (2008) concordam que o acompanhamento pré-natal é determinante na prevenção e detecção precoce de patologias maternas e fetais, garante o desenvolvimento saudável para o feto e redução nos riscos para a mãe.

Já Neumann *et al.*, (2003) afirmam que é possível, através do pré-natal, reconhecer tanto patologias desenvolvidas durante a gestação, bem como outras crônicas ou ainda não diagnosticadas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, anemias, entre outras. Portanto, o acompanhamento da gestante não só garante o bom desenvolvimento fetal, como também o tratamento de problemas potencialmente graves para a mulher.

Para Coelho e Porto (2009), 75% das gestantes não sofrem nenhuma complicação. No entanto, 25% tem fator de risco para seus filhos ou si mesmas. A qualidade da assistência não é, necessariamente, proporcional à tecnologia utilizada. Portanto, um pré-natal pode ter boa qualidade mesmo contando com tecnologias de baixo custo ou pouca complexidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o modelo de assistência pré-natal de baixo risco por médicos generalistas deve ser oferecido a todas as gestantes, pois esse modelo não apresenta piores desfechos perinatais em comparação com o modelo de acompanhamento rotineiro por obstetras (grau de recomendação A – nível de evidência I).

De acordo com Cagnin (2008), a adesão das pacientes ao pré-natal é diretamente relacionada à qualidade do serviço prestado e a relação com os profissionais envolvidos. Conseqüentemente, esses são pontos primordiais para redução de mortalidade materna e perinatal.

Para Miranda (2011), quando o indivíduo participa da construção do conhecimento sobre sua saúde, ocorre uma mudança de comportamento, com despertar da necessidade do auto cuidado, possibilitando conscientização e empoderamento da própria saúde. No caso dos grupos operativos, há humanização do atendimento e vínculo entre profissionais e usuários.

Analisando as afirmações dos autores supracitados, conclui-se que a estratégia de atenção primária é o local ideal para acolhimento das gestantes, um ambiente com vínculos com a comunidade no qual se insere, em que participam do processo de assistência pré-natal vários autores de uma equipe multidisciplinar, que oferecem um serviço pouco dispendioso, de fácil acesso e que não perde em qualidade para os de alta complexidade. Além disso, as próprias gestantes participam no processo de promoção da própria saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), estados e municípios devem oferecer uma rede de serviços organizada, garantindo atenção obstétrica e neonatal segundo os seguintes critérios, entre outros:

- Vinculação de unidades que prestem atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local.
- Garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, com critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde.
- Captação precoce de gestantes na comunidade.
- Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde.
- Garantia de realização dos exames complementares necessários.
- Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidas que procurem os serviços de saúde e garantia de internação, sempre que necessário.
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária.

Ainda, deve-se precaver de um grave erro, que é a “alta” do pré-natal no final da gestação, período no qual há maior possibilidade de intercorrências obstétricas. (BRASIL, 2006).

Em síntese, apresenta-se o item 5, dos Objetivos do Milênio, da Organização Mundial de Saúde, divulgados, entre outros, pela Rede Brasil Voluntário (2014).

5. MELHORAR A SAÚDE DAS GESTANTES

Em 2000, a ONU – Organização das Nações Unidas, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio – ODM, que no Brasil são chamados de **8 Jeitos de Mudar o Mundo** – que devem ser atingidos por todos os países até 2015. Juntos nós podemos mudar a nossa rua, a nossa comunidade, a nossa cidade, o nosso país. A REDE BRASIL VOLUNTÁRIO, que congrega centros de voluntariado de todo o Brasil, consciente da importância desse projeto, criou este site para estimular debates e propiciar o conhecimento e o engajamento de todos os interessados em participar de ações, campanhas e projetos de voluntariado que colaborem com os ODM. Aqui você encontra exemplos de como muitos já estão contribuindo para que o Brasil alcance esses objetivos. Para mais informações sobre os 8 Jeitos de Mudar o Mundo, entre em contato com voluntariado@voluntariado.org.br.

BRASIL: Foi registrada uma redução na mortalidade materna, desde 1990, de praticamente 50%. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) corrigida para 1990 era de 140 óbitos por 100 mil nascidos, enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos. O relatório explica que a melhora na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série.

Reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna. Deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero.

SUGESTÕES DE AÇÕES:

Fazer campanhas sobre:

- Planejamento familiar.
 - Prevenção do câncer de mama e de colo de útero.
 - Gravidez de risco.
 - A importância do exame pré-natal.
 - Nutrição da mãe e aleitamento materno.
- Não se automedicar** e não receitar remédios para gestantes.

Propiciar um ambiente agradável, afetivo e pacífico às gestantes em casa, no trabalho, no dia a dia, dando prioridade a elas, cedendo a vez em filas, auxiliando-as em seu deslocamento e no carregamento de pacotes.

Presentear uma grávida em situação de desvantagem social com um enxoval para seu bebê.

Acompanhar uma gestante, garantindo a realização do pré-natal, oferecendo transporte para as consultas e facilitando a aquisição de medicamentos, quando necessário.

Divulgar informações sobre saúde para gestantes e articular palestras em Postos de Saúde, Centros Comunitários e instituições como a Pastoral da Criança.

Participar de iniciativas comunitárias voltadas para a melhoria da saúde materna e o atendimento à gestante (pré-natal e pós-parto).

Incentivar o debate entre a universidade, a escola e a comunidade.

Reunir mulheres grávidas para troca de experiências.

Incentivar a educação para gestantes.

5.2. Sobre o roteiro das consultas

Após diagnóstico de gravidez o mais precocemente possível, seja por Teste Imunológico de Gravidez, dosagem de gonadotrofina coriônica humana, ultrassonografia ou mesmo clinicamente, tem-se o início do pré-natal, com classificação de risco gestacional, levando-se em consideração os fatores de risco que determinem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica. (BRASIL, 2012).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), toda gestante tem o direito de fazer pelo menos seis consultas durante toda a gravidez, sendo mensais até a vigésima oitava semana, quinzenais da vigésima oitava até a trigésima sexta semana e semanais da trigésima sexta até a quadragésima primeira semana.

Na primeira consulta deve-se proceder a anamnese, com história clínica contendo: identificação, dados socioeconômicos, antecedentes de doenças familiares, antecedentes pessoais gerais, antecedentes ginecológicos, sexualidade, antecedentes obstétricos e dados sobre a atual gestação. Além disso, procede-se o cadastramento da gestante nos serviços de

saúde informatizados, preenchimento do cartão da gestante, verificação de situação vacinal, solicitação dos exames de rotina, realização dos testes rápidos, exame físico e orientações gerais. (BRASIL 2012).

Amaral (2011) concorda com Neves (2010, p. 20), o qual afirma que o acolhimento

[...] é mais do que um tratamento cordial, significa o provimento de recursos necessários para a assistência, à organização de protocolos com procedimentos que comprovadamente tragam benefícios à mulher e ao concepto. Ressalta-se também, o estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, com garantia de privacidade e autonomia, e o compartilhamento das decisões e condutas a serem tomadas... Assim, acolher implica respeitar a autonomia e o protagonismo das mulheres, valorizando a corresponsabilidade, a construção de vínculos solidários e a participação coletiva, tanto no processo de atenção, como na gestão.

Nas consultas subsequentes deve-se atentar para anamnese sucinta, exame físico direcionado, avaliar resultado dos exames complementares e controles materno e fetal. (BRASIL 2012).

Em relação aos exames complementares de rotina, deve-se solicitar:

1º trimestre: hemograma, tipagem sanguínea, Coombs indireto (se for Rh negativo), glicemia de jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV, sorologia para hepatite B (HbsAg), urocultura, urina tipo 1, ultrassonografia obstétrica, citopatológico de colo do útero (se necessário), secreção vaginal (se indicação clínica), parasitológico de fezes (se indicação clínica).

2º trimestre: teste oral de tolerância para glicose com 75g, se glicemia acima de 85 mg/dl ou se houver fatores de risco, Coombs indireto (se Rh negativo).

3º trimestre: hemograma, glicemia de jejum, Coombs indireto (se Rh negativo), VDRL, anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose (se IgG não reagente), urocultura, urina tipo 1, bacterioscopia de secreção vaginal (a partir da trigésima sétima semana). (BRASIL 2012).

Disposta a revisão do tema, conclui-se que ora devido a fatores ora administrativos, ora individuais, os profissionais da área estudada reconheceram, em reunião com toda a

equipe, não satisfazer a todos os critérios do Ministério da Saúde durante a assistência pré-natal às gestantes até aquele momento.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta deste trabalho é apresentar alguns projetos para resolver ou minimizar a baixa qualidade e pouca adesão à assistência pré-natal. Para esse problema, foram definidos três nós críticos, ou seja, situações que, executadas a contento, ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário.

Para cada nó crítico é definida uma operação, da qual se registram os resultados esperados, e os produtos, as ações estratégicas necessárias para isso, com definição de responsável (eis), prazo, acompanhamento e avaliação, e viabilidade. A referência é a proposta da Seção 3 “Elaboração do Plano de Ação, do módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde”. (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Os nós críticos determinados e seus respectivos projetos foram:

1. Conscientização da população / Projeto Pré-natal: Conscientização para Todos.
2. Desorganização do processo de trabalho em equipe / Projeto Colmeia.
3. Atenção ineficiente dos profissionais médico e enfermeira / Projeto Acolhimento.

6.1. Projeto “Pré-natal: Conscientização para Todos”

Quadro 4: Projeto “Pré-natal: Conscientização para Todos”: operação sobre nó crítico 1 para intervenção sobre problema priorizado “baixa qualidade e pouca adesão à assistência pré-natal”.

Problema prioritário	Baixa qualidade e pouca adesão à assistência pré-natal.
Nó crítico 1	Conscientização da população.
Operação 1	Educar a população.
Resultados esperados	100% de adesão à assistência pré-natal e diagnóstico precoce de gravidez.
Produto	Programa de grupos operacionais educativos e para troca de experiências; palestras em espaços de convívio.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto dos grupos organizacionais e palestras.
Responsável	Equipe.
Prazo	Quatro meses para início das atividades.
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal.
Viabilidade	Alta.

6.2. Projeto “Colmeia”

Quadro 5: Projeto “Colmeia”: operação sobre nó crítico 2 para intervenção sobre problema priorizado “baixa qualidade e pouca adesão à assistência pré-natal”.

Problema prioritário	Baixa qualidade e pouca adesão à assistência pré-natal.
Nó crítico 2	Desorganização do processo de trabalho em equipe.
Operação 2	Melhorar o desempenho e a eficiência do serviço prestado
Resultados esperados	Início precoce dos pré-natais e educação de toda a equipe sobre o tema.
Produto	Busca ativa dos casos de gravidez; qualquer membro da equipe sendo fonte de informações e esclarecimentos.
Ações estratégicas	Conscientização e engajamento da equipe de saúde.
Responsável	Agentes Comunitários de Saúde.
Prazo	Início imediato.
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal por toda a equipe.
Viabilidade	Alta.

6.3. Projeto “Acolhimento”

Quadro 6: Projeto “Acolhimento”: operação sobre nó crítico 3 para intervenção sobre problema priorizado “baixa qualidade e pouca adesão à assistência pré-natal”.

Problema prioritário	Baixa qualidade e pouca adesão à assistência pré-natal.
Nó crítico 3	Atenção dos profissionais Médico / Enfermeira.
Operação 3	Melhorar o acolhimento e a consulta médica.
Resultados esperados	Aumentar a qualidade do pré-natal e detecção precoce de possíveis agravos.
Produto	Consulta de pré-natal qualificada e satisfatória.
Ações estratégicas	Apresentar solicitação formal de materiais e recursos físicos adequados, explicando sua necessidade.
Responsável	Médico/Enfermeira.
Prazo	Início imediato; funcionamento pleno em um mês.
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal pelos profissionais Médico / Enfermeira.
Viabilidade	Alta.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O país tem registrado diminuição da mortalidade materna desde 1990, no qual a razão de mortalidade materna corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Entretanto, para atingir a meta do quinto item dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o Brasil deverá apresentar razão de mortalidade materna igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Essa queda esperada se deve, principalmente, à redução da mortalidade por causas obstétricas.

Considerando-se a realidade do povoado Aristides Batista, e analisando os dispostos neste trabalho, bem como os problemas e as causas levantadas pela própria equipe de saúde da família, é possível melhorar a qualidade da assistência pré-natal.

Sobre os programas propostos para cada problema levantado, constituem um conjunto de ações de fácil execução e de grande potencial para modificar a realidade até então enfrentada. São propostas que requerem dedicação incansável e perene, entretanto que certamente trará benefícios em longo prazo para a comunidade. Além disso, todo o conjunto de ações proposto para o povoado Aristides Batista já fazem parte dos protocolos do Ministério da Saúde para melhoria da qualidade de assistência pré-natal.

Um acolhimento de qualidade, associado à educação permanente em saúde, integração dos profissionais, estabelecimento de protocolos de atendimento e criação de uma rede de atenção na qual todos os agentes se responsabilizem pelos pacientes, bem como atuem como autores de um processo de mudança, é que garantirão a melhoria do serviço prestado de maneira ininterrupta e inexorável.

8. REFERÊNCIAS

AMARAL, Fabiane de Cássia. **Assistência humanizada à gestante em unidade de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Araçuaí, 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3105.pdf>>. Acesso em 12 jan.

2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. [online].

Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=311880>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**.

Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, 2006 Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 24 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA.

Brasília, 2012. 318p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 24 jan. 2014.

CAGNIN, Elaise Regina Gonçalves. **Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP**. 2008. 158f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <HTTP://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06032009-085135/fr.php>. Acesso em 17 jan. 2014.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso *et al.* **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Belo Horizonte: NESCON, UFMG. Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2014.

CARDOSO, Ângela Maria Rosas; SANTOS, Silvéria Maria dos; MENDES, Vanja Bastos. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação. **Revista Diálogos Possíveis**. Salvador, v.6, n.1, p.140-159, jan./jun.2007. Disponível em: <HTTP://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos.asp?ed=10>. Acesso em: 17 jan. 2014.

CHRESTANI, Maria Aurora D. **Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil**. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1609-1618, jul. 2008. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1613.pdf>. Acesso em 03 jan. 2014.

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2013. 140 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3> Acesso em: 20 jan. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Eugênio Vilaça: “solução para o setor saúde está na rede.”**, 5p. Maio 2012. Disponível em:
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4095.pdf>>. Acesso em 13 dez 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2016.pdf>. Acesso em 24 jan. 2014.

MIRANDA, Rithelly Matos de. **Importância do grupo operativo na melhoria da assistência à gestante na estratégia de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2011. 38f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3010.pdf>. Acesso em 12 jan. 2014.

NEUMANN, Nelson A.; ET al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [online]. V. 6, n. 4, p. 307-318, out.; 2003, Disponível em:
<[HTTP://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v6n4/05.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v6n4/05.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2014.

NEVES, Aline Cristina Ferreira das. **Principais dificuldades em acompanhar as gestantes pela equipe de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Araçuaí, 2010. 35f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em:<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2379.pdf>>. Acesso em 18 jan. 2014.

REDE BRASIL VOLUNTÁRIO. Melhorar a saúde das gestantes. [online], 2014. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/objetivos/>>. Acesso em: 24 jan.2014.

SABINO, Ana Maria Neves Finochio. **A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP.** 2007. 126 f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2007. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19032008-161915/pt-br.php>>. Acesso em 16 jan. 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 726, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em 14 jan. 2014.