

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DANY ALBERTO LEZCANO REYES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O MANEJO DO RISCO
REPRODUTIVO DAS MULHERES RESIDENTES NO TERRITÓRIO
DA UNIDADE DE SAÚDE CAMPO SANTANA NO MUNICÍPIO DE
PRUDENTE DE MORAIS**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2015**

DANY ALBERTO LEZCANO REYES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O MANEJO DO RISCO
REPRODUTIVO DAS MULHERES RESIDENTES NO TERRITÓRIO
DA UNIDADE DE SAÚDE CAMPO SANTANA NO MUNICÍPIO DE
PRUDENTE DE MORAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Haliton Alves de Oliveira Junior

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2015**

DANY ALBERTO LEZCANO REYES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O MANEJO DO RISCO
REPRODUTIVO DAS MULHERES RESIDENTES NO TERRITÓRIO
DA UNIDADE DE SAÚDE CAMPO SANTANA NO MUNICÍPIO DE
PRUDENTE DE MORAIS**

Banca examinadora

Prof. M.Sc. Haliton Alves de Oliveira Junior - orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:

DEDICATÓRIA

Os meus filhos, que são a minha inspiração.

Minha esposa, por seu apoio incondicional que tem estado comigo todos os momentos da minha vida.

Minha família e amigos, que cada dia está presente do que acontece com nossa estadia no Brasil e sofrem a separação do carinho e amor que impõe a distância.

Para eles, todo o esforço que tem levado este trabalho longe das pessoas que sempre me ajudam e apoiam.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que de uma forma ou de outra me ajudaram a realizar este trabalho. Especialmente no Brasil, à Verônica Amorim Rezende, por sua ajuda e cooperação.

Ao meu orientador prof. Haliton Alves de Oliveira Junior, por sua dedicação e preocupação na realização deste trabalho.

A todos os professores, pela magnífica condução neste curso de especialização, por estarem sempre atentos as nossas inquietudes e aconselhando-nos em cada momento com muito profissionalismo e ética nestes momentos que estamos contribuindo na preparação integral em saúde da família para ser capaz de ofertar uma ótima atenção ao povo brasileiro, em cada lugar onde estamos desenvolvendo o nosso trabalho.

Muito Obrigado

RESUMO

O risco reprodutivo se encontra associado à vulnerabilidade que apresentam alguns grupos de pessoas na comunidade como são as mulheres em idade fértil. Realizou-se uma investigação com as mulheres com risco reprodutivo Campo de Santana durante o ano 2014, com o objetivo de fazer uma intervenção educativa para melhorar o manejo do risco reprodutivo. O projeto se desenvolveu em três fases: uma primeira diagnóstica, descritiva, para identificar as mulheres com riscos reprodutivos e as categorias de risco que se associavam a elas; a segunda para diagnosticar o controle das mesmas e os métodos anticoncepcionais de preferência; e, por fim, explorar o conhecimento da equipe sobre o programa de risco reprodutivo. Posteriormente, foram propostas e implementadas as ações educativas para o controle das mulheres em risco e para avaliar os resultados das ações executadas. Os resultados mais relevantes são consistentes com os pacientes que tinham idades extremas, adolescentes, com baixo nível de escolaridade, a maioria donas de casa, divorciadas ou solteiras. As doenças crônicas mais comuns foram transtornos circulatórios, asma e hipertensão arterial. Na história obstétrica foram encontrados menos de dois anos do último parto e o baixo peso ao nascer. Predominaram pacientes com baixo peso e aqueles que não têm o controle de sua doença de base. Os métodos contraceptivos mais utilizados foram comprimidos orais e preparações injetáveis. Desenham-se ações integrais encaminhadas ao aperfeiçoamento do trabalho com o risco reprodutivo. Foi demonstrado elevado conhecimento e domínio pela equipe de saúde do programa, e se alcançou um maior número de mulheres com controle, sendo que o preservativo começou ser mais usado pelas adolescentes. Mulheres em idade fértil detinham maior conhecimento sobre os riscos para a gravidez.

Palavras chaves: Saúde reprodutiva. Risco reprodutivo. Intervenção educativa.

ABSTRACT

The reproductive risk is associated with the vulnerability of groups of people in the community, as are women of childbearing age. There was a technological development research with women with reproductive risk in the health center Campo de Santana during the year of 2014 with the goal of making an educational intervention to improve the management of reproductive risk. The project was developed in three stages: the first was diagnostic and descriptive, to identify women with reproductive risks and risk categories that were associated with them; a second stage to determine and control the women's risks and to define the preferable contraception method; and finally, evaluate the knowledge of the reproductive risk program team about the issue.. Furthermore, were designed and implemented educational actions to control women in risk and to evaluate the results of actions taken. The most relevant results are consistent with those patients who had extreme ages, adolescents, people with low educational level, most are housewives, divorced or single. The most common chronic diseases were circulatory disorders, asthma and hypertension. In obstetric history were found less than two years from the last delivery and low birth weight. Most patients were underweight; those who do not have control of their disease and the most used methods were oral tablets and injectable contraceptives. We drew up comprehensive actions aimed to enhance the work with reproductive risk. We demonstrated high knowledge and mastery of the program's health team, and reached a greater number of women in control, which the condom being more used by adolescents. We showed that women in childbearing age are more conscious about reproductive risks. Keywords: Reproductive health, Reproductive risks, Educational intervention

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	17
2.1 Geral	17
2.2 Específicos.....	17
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
4 METODOLOGIAS DO ESTUDO	22
4.1 Tipologia de estudo.....	22
4.2 Critérios de inclusão.....	22
4.3 Critérios de Exclusão	23
4.4 Fonte de dados	23
5 RESULTADOS	24
5.1. Caracterizações da situação do risco reprodutivo.....	24
5.2. Ações para o manejo do risco reprodutivo no Posto de Saúde Campo de Santana. Ano 2014.	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

A saúde reprodutiva é um estado geral de bem-estar físico, mental e social e não a ausência de doenças em todos os aspectos, em relação com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. É a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, assim como de procriar e também a liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência. Atualmente, o conceito de saúde reprodutiva compreende desde a infância até a idade geriátrica. Esta última condição leva implícito o direito do homem e da mulher a obter informação e à planificação da família, assim como a usar métodos para a regulação da fecundidade, que não estão legalmente proibidos e o acesso para métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis. Também inclui o direito para receber serviços adequados de atenção em saúde que permitam a ocorrência de gravidez e partos com menos riscos e deem aos casais a máxima possibilidade de ter filhos sadios (CUBA, 2010).

A gravidez constitui uma das etapas mais importantes na vida da mulher, que em ocasiões pode trazer alguns transtornos que poderão implicar perigo para a mãe e o feto. Nunca antes a OMS tem tido um objetivo tão grande como o reduzir a morbimortalidade por complicações na gravidez. Para enfrentar desde a Atenção Primária à Saúde (APS) este objetivo, se deve ter um enfoque médico integral à mulher (TORRES; LARDOEY; LARDOEY; 2012).

Vários autores definem o risco reprodutivo, mais de forma geral é a probabilidade que uma mulher não grávida tem de sofrer danos no processo reprodutivo. O risco pode ser de caráter biológico, psíquico, social ou ambiental assim como interagir entre eles. Um controle adequado da população feminina permite identificar os riscos individuais e coletivos e atuar sobre eles para alcançar uma gravidez satisfatória, um parto feliz e um recém-nascido sadio, elemento determinante na erradicação da morbimortalidade geral da população feminina e a possibilidade real de diminuir ou evitar o dano que desde a visão biopsicossocial e ambiental venham a sofrer a mãe ou o filho (ÁBALOS; FERNADEZ; MARTÍNEZ, 2012). O nascimento de uma criança é um acontecimento que tradicionalmente se lembra em todas as sociedades do mundo. Porém, para muitas famílias o processo de reprodução pode

ser um acontecimento sombrio e perigoso, com sequelas, e em última instância a morte da mãe, do produto ou ambos (DE JESÚS TORIBIO MOREJÓN *et al.*, 2008; SANCHEZ; FERRER; FERRER, 2009).

A redução da mortalidade infantil é o quarto objetivo de desenvolvimento do milênio das Nações Unidas. A meta é que para o ano 2015, a mortalidade de crianças menores de cinco anos fique reduzida em dois terços em relação a taxa de 1990. De acordo com um informe do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a América Latina tem reduzido a taxa de mortalidade de menores de cinco anos nuns 40.0% entre 1990 e 2007. O maior resultado nesta redução tem sido em mortes durante o período pós-neonatal (UNICEF, 2015).

O comportamento do indicador de mortalidade materna está muito associado aos fatores de risco que estão presentes nas mulheres durante sua gravidez. Este indicador varia de acordo com o nível de desenvolvimento. Assim vemos dois terços das mortes em idade fértil se relacionam com complicações da gravidez. Na África uma em cada 21 mulheres tem risco de morte materna, na Ásia uma em cada 54, na América do Norte uma em cada 1366 e na Europa uma em cada 9850. Em Cuba, país subdesenvolvido, este indicador é comparável com o da América do Norte e da Europa onde uma em cada 6 636 tem risco de morrer (DE JESÚS TORIBIO MOREJÓN *et al.*, 2008; DAMAS; SARMIENTO; PEÑA, 2008; RAMOS *et al.*, 2008).

Em Cuba existe o programa de manejo e controle do risco reprodutivo, no qual 15 a 25% das mulheres em idade fértil têm alguma condição biológica, obstétrica ou socioeconómica vinculada ao risco, apresentam elementos que são capazes de condicionar ou desencadear morbidade e mortalidade durante o processo reprodutivo, tanto para os parceiros quanto para o produto da gravidez. (DE JESÚS TORIBIO MOREJÓN *et al.*, 2008).

Em países com maior nível socioeconómico e cultural o percentual de mulheres com risco reprodutivo é inferior a 5% e em alguns como Suécia e Japão é de 4% e 3% respectivamente (CUBA, 2010).

Deste modo, podemos considerar que a planificação familiar pode ser usada como ferramenta de uma política de população. Neste aspecto podemos assinalar como exemplo, o caso da China, país com milhares de milhões de pessoas, onde o programa de planificação familiar do Estado é uma ferramenta da política de "zero crescimento". Também poderia acontecer o contrário, onde outros países necessitam encorajar o nascimento de mais crianças por famílias, como ocorre na França (OPAS,1986).

Na América Latina não houve melhoria deste indicador nos últimos cinco anos. A análise epidemiológica do estado de saúde da população revela que uns dos grupos mais vulneráveis continua sendo a mulher em idade fértil (PRENDES LABRADA.*et al.*, 2006).

Estes problemas de saúde materna-infantil se vão se acentuando em países como Bolívia, Nicarágua, Guatemala, Honduras e Haiti pelo rápido crescimento urbano nas regiões marginares, devido ao fato de 93 milhões de latino-americanos viverem a pobreza, sem acesso aos serviços de saúde nem uma adequada orientação de saúde para esta problemática (GARRIDO RIQUENES; GUTIÉRREZ; SÁEZ, 2004).

Em países como Brasil, México e Venezuela se tem incrementado o número de mulheres que passam a formar parte destes grupos de risco alcançando até 25% a 30 % do total de mulheres (OMS, 2015).

Nos últimos anos os estudos médicos têm revelado que a planificação familiar é um componente essencial nas estratégias de saúde de uma forma tão importante, que na atualidade nenhum programa de saúde pode ser considerado completo se não oferece a os casais o acesso fácil e total aos meios de planificação familiar adequados (OPAS,1986).

A redução da mortalidade em 75% no período entre 1990 e 2015 é uma das metas pactuadas pelos 191 países participantes da Cúpula do Milênio. No Brasil para cumprir esses compromissos e garantir direitos previstos na Constituição Federal, o Ministério da Saúde tem proposto uma série de diretrizes, normas e protocolos para incrementar a qualidade da atenção à saúde da mulher, ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal. Entre 1990 e

2007, houve uma diminuição de 46% nas taxas de mortalidade materna, ou seja, de 140 para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos. As taxas de mortalidade infantil, por sua vez, apresentaram importante declínio nas últimas décadas, porém a mortalidade neonatal, intimamente relacionada com a assistência ao pré-natal e ao parto, se mantém estabilizada em níveis altos (BRASIL, 2010; ESCALANTE & MORAIS NETO, 2010).

No Brasil existe um elevado número de mulheres com risco reprodutivo, já que apesar dos esforços feitos na saúde, a atenção médica esteve priorizada à assistência médica e o caráter integral da medicina não esteve presente, pelo que as ações de promoção e prevenção com este grupo populacional foram carentes.

Os indicadores de saúde materna são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos sociais (saúde, educação, renda, trabalho, segurança, participação) entre diversos grupos da população, e as formas como classe social, gênero e raça/etnia se entrelaçam e operam como determinantes sociais da saúde. A maioria das mortes e morbidades maternas severas é devida a causas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção ou complicações de abortamento. Isso significa que o acesso a uma assistência de saúde oportuna, humanizada e de boa qualidade evitaria que muitas mulheres perdessem suas vidas por motivos reprodutivos. (MORSE *et al.*, 2011)

Apesar da criação do programa materno-infantil, o mesmo apresentou baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher, que depois com o programa dirigido às mulheres se começam ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, incluindo a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades. As mulheres representam 50,7% da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, ocupam um 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; COELHO; FRANCO, 2013).

Entre as ações que contempla o Ministério da Saúde estão às atividades que possibilitam às mulheres exercer melhor controle sobre suas vidas em termos do número de filhos que desejam ter. Na prática existe um profundo abismo entre os direitos reprodutivos assegurados pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996) e a possibilidade efetiva de exercê-los por meio do acesso aos métodos anticoncepcionais e ao tratamento da infertilidade, onde as pessoas possam decidir de maneira livre e responsável sua reprodução e o direito de exercer a sexualidade. A garantia dos direitos sexuais indica o direito ao sexo seguro com prevenção da gravidez indesejada.

Atualmente se dispõe de muitos serviços de planejamento familiar, porém mais de 120 milhões de mulheres no mundo em desenvolvimento querem limitar os nascimentos, mais não tem acesso aos anticoncepcionais e se espera que o número de parceiros em idade de conceber aumente pelo menos em 20 milhões cada ano (AMARO *et al.*, 2006; BROSS; SHAPIRO, 2007)

O município Prudente de Moraes tem uma população feminina de 46.5%, e delas 64 % em idade fértil, muito semelhante à unidade de saúde onde desenvolvemos o trabalho, onde a população feminina representa 51.7% (558 mulheres) e delas 265 (44.7%) estão em idade fértil. A maioria não tem controle de seu risco reprodutivo, pois existe desconhecimento do mesmo. Para cada mulher em idade fértil nascem 2.7 filhos, para garantir a substituição da população.

Não existe uma estratégia para dar resposta à situação do risco reprodutivo, nem se encontram dados estatísticos para abordar esta problemática.

A atenção à saúde da mulher em sua etapa preconcepcional se faz uma vez depois que ocorre a gravidez, ou quando a mulher procura anticoncepção por vontade própria. No entanto, a maioria das mulheres desenvolve sua gravidez com fatores de risco associados que não foram controlados antes da concepção.

É um objetivo para o município o trabalho integrado com todas as equipes desde a atenção primária para desenvolver ações que contribuam a alcançar uma gravidez sem complicações maternas e fetais.

O controle do risco reprodutivo pode melhorar a saúde das crianças, das gestações, diminuir os custos dos cuidados e o sofrimento das mulheres grávidas (GONZÁLEZ *et al*, 2008)

O risco reprodutivo é também definido como Risco Preconcepcional, Risco Obstétrico, Risco Perinatal, Risco Infantil. O risco Reprodutivo Preconcepcional se aplica a mulheres em idade reprodutiva entre 15 e 49 anos, (No Brasil se contempla desde os 10 anos) não grávidas, que de acordo com a presença de condições e fatores de risco tem incremento na probabilidade de sofrer danos a sua saúde ou à do futuro filho, se se envolverem no processo reprodutivo. Esta probabilidade não é igual para todas as mulheres, mais a magnitude do risco é individual e assim deve ser considerado. Não existe uma condição de risco que seja mensurável por igual em cada mulher ou casais (RAMÍREZ *et al* 2011, JOHNSON; DORSAL, 2011)

São múltiplas as classificações do risco reprodutivo, porém nenhuma delas substitui o pensamento médico para cada caso individual, de maneira que as mulheres em idade reprodutiva deverão ser cuidadosamente avaliadas para identificar os fatores de risco que incrementem sua vulnerabilidade durante a reprodução e desenhar estratégias para eliminá-los ou modificá-los. (FERNÁNDEZ SORDO *et al.*, 2004)

Alguns autores assinalam como fatores de risco reprodutivo as idades extremas da vida reprodutiva; o espaço curto entre períodos gestacionais, por sua incidência na mortalidade perinatal; a multiparidade; a gravidez não desejada, pela morbimortalidade materna e perinatal que acomete ao binômio mãe - filho; o efeito socioeconômico da gravidez; a desnutrição e outras complicações maternas durante períodos gestacionais anteriores; o nível intelectual e cultural deficiente; as mães solteiras, tabagistas, assim como a presença de doenças crônicas associadas à gravidez, as quais atuam nocivamente sobre o processo reprodutivo. Uma boa atenção pré-natal e um melhor controle do risco reprodutivo contribuem para melhorar a saúde das mães futuras (PENA *et al.*, 2003, WICKREMASINGHE *et al.*, 2011)

As ações próprias de saúde são decisivas para desenvolver a saúde reprodutiva com o direito de obter informação e acesso médico seguro que permita gravidez sem risco para evitar que se percam a cada ano 250 milhões de vidas por problemas

de saúde reprodutiva das mulheres, como mortes infantis e maternas (ÁLVAREZ LAJONCHERE ,2001, MINISTÉRIO DE SAÚDE DE CHILE, 2015).

A identificação de condições potencialmente prejudiciais pressupõe a implementação das ações de saúde, interdisciplinar e multisetoriais, dirigidas a prevenção e controle das doenças, o que inclui o assessoramento genético para brindar orientação e educação com fins de promoção, que permita a tomada de decisões informadas por parte dos indivíduos, a família e a comunidade (VARONA DA PEÑA; HECHAVARRÍA; ORIVE, 2012).

Fazer consultas de controle à mulheres com risco reprodutivo leva a promover a saúde da mulher e sua descendência e tem demonstrado sua utilidade em baixar a morbidade e mortalidade materna e infantil, pois se avaliam os fatores que podem dificultar a concepção e o posterior desenvolvimento da gravidez, para atuar sobre eles e diminuir sua incidência (AMADOR, 2010).

Em relação à etapa reprodutiva os cuidados são promocionais e preventivos quando modificam fatores ou doenças existentes prévias à gravidez que de coexistir aumentaram o risco obstétrico e perinatal. Até agora é unânime que os fatores de risco mais comuns são os biológicos, mais também são muito importantes os sociais e devem atender não só a mulher, mas também o pai, a família e a área de abrangência. (SENADO DUMOY, 1999; HERNÁNDEZ; CÁNOVAS, 2006)

Realmente toda mulher em idade reprodutiva no nível da atenção primária de saúde deve beneficiar-se ao menos com conselhos acerca dos métodos contraceptivos e deveria ser entrevistada sobre seu desejo de gravidez no próximo ano. A dificuldade radica em conhecer quais devem ser os conselhos ou intervenções.

Durante a realização da análise da situação de saúde no PSF Campo de Santana do município Prudente de Moraes foram vários os problemas de saúde apresentados, mas na priorização dos mesmos o deficiente controle do risco reprodutivo pela equipe de saúde à mulheres em idade fértil foi o de maior pontuação, por sua tendência, gravidade, vulnerabilidade, frequência e pela disponibilidade de recursos para sua melhora no contexto do área de trabalho, por constituir um risco importante para a população vulnerável como são as mulheres em idade de procriar. A

principal inquietude cognitiva está no fato de a maioria das mulheres nos últimos anos serem consideradas com riscos importantes durante a gravidez como foram a idade, doenças associadas, maus antecedentes obstétricos, condições socioambientais desfavoráveis. Junto a esta problemática investigamos com a equipe de saúde e não existe um controle das mulheres em idade reprodutiva. Dessa forma, não se conhecem quais delas são consideradas risco reprodutivo e os fatores a serem controlados são ignorados pela equipe de saúde, assim como pelas próprias mulheres. Não se conta com uma definição exata do problema, nem estudos anteriores que mostrem o resultado de controle e trabalho. De maneira que seu controle levará a uma melhora da qualidade de vida deste grupo populacional, e muito relacionado com o indicador de mortalidade infantil, aspiração do país para cumprir com uma das metas do milênio: Reduzir a mortalidade infantil.

As consequências desta problemática também foram discutidas e coincidem em: Gravidez risco, crianças com baixo peso ao nascer, assim como incremento da mortalidade materna, fetal e infantil.

Todos estes elementos foram à motivação para escolher um problema de saúde que precisa de intervenções imediatas e apropriadas para melhorar a saúde materna e infantil e alcançar indicadores de mortalidade de acordo às metas do milênio.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Realizar uma Intervenção educativa para o manejo do risco reprodutivo. PSF Campo Santana.

2.2 Específicos

Caracterizar as mulheres com risco reprodutivo de acordo com sua idade, ocupação, estado civil e antecedentes pessoais e determinar as categorias de risco associadas.

Classificar as pacientes em controladas e não controladas, e método contraceptivo usado.

Determinar o conhecimento da equipe de saúde para o controle do risco reprodutivo. Desenhar, implementar e avaliar as ações para o manejo do risco reprodutivo.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O projeto de intervenção foi uma necessidade para o controle das mulheres com risco reprodutivo e através do desenho de ações educativas, implementá-las e mostrar o resultado com um número maior de mulheres com controle de seus fatores de risco, doenças crônicas, e uso de anticoncepcionais. Além disso, objetiva-se estabelecer as consultas de atenção e visitas domiciliares à totalidade de mulheres em idade fértil, para aperfeiçoar o manejo do risco reprodutivo no PSF Campo de Santana.

Enfrentamos à situação problema: Como contribuir para controle do risco reprodutivo nas mulheres em idade fértil do PSF Campo de Santana durante o período 2014 aos 2016? Será preciso desenvolver múltiplas ações que constituem o principal objetivo deste trabalho. Para o mesmo aplicamos vários métodos científicos que permitiram destrinchar o fenômeno em estudo em suas partes e logo integrar os resultados para sua análise completa. Outro fato foi estabelecer os antecedentes teóricos do problema e sua evolução através do tempo com o avanço científico para alcançar a proposta de ações e o estudo do fenômeno desde suas particularidades, o que contribui a propor ações encaminhadas ao controle do risco reprodutivo. Se alcançará sua aplicação na população objeto de estudo e em outras com problemas similares a partir da validação do projeto de investigação desenhado, por critérios de especialistas. Uma vez conhecida a magnitude e severidade do problema, traçar ações que contribuam para identificar e controlar as mulheres com algum tipo de risco reprodutivo, melhorando a saúde sexual e reprodutiva dos parceiros, para alcançar gravidez saudável e oportuna, além de elevar a qualidade de vida das mães e filhos, permitindo assim reduzir os gastos de instituições médicas e das famílias no seguimento das pacientes. Se levará à prática novas ações que contribuam para diminuir a morbimortalidade, se facilitará o desenvolvimento de atividades socialmente úteis, incorporando a comunidade na tomada de decisões e na execução de intervenções programáticas.

Começamos fazendo uma pergunta: Como está a prática do Planejamento Familiar na Unidade de Saúde onde desenvolvo minha atuação? Este tema está sendo parte integrante no cotidiano das práticas de saúde da equipe? As estratégias usadas para a sua implementação são parte de nosso trabalho de intervenção.

A saúde reprodutiva é o processo clínico que se inicia antes da concepção, durante o parto, no cuidado ao recém-nascido, no desenvolvimento da criança, adolescentes e adultos, até voltar à concepção como ponto de partida.

No Brasil é um desafio enfrentar a morbimortalidade materna e perinatal, assim como o controle do risco reprodutivo e sua associação com situações de vulnerabilidade em saúde é relevante para saúde pública. É necessário obter um maior conhecimento do perfil do risco reprodutivo e sua distribuição segundo características sociodemográficas, visando ao aperfeiçoamento das práticas assistenciais.

A atuação do profissional médico no planejamento familiar tem grande importância na atenção básica, pois suas ações influenciam direta e indiretamente nos fatores que afetam a ocorrência da gravidez. A atuação dos profissionais envolve atividades educativas, clínicas e de acompanhamento e aconselhamento. Estas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada com a equipe da Estratégia Saúde da Família, para possibilitar práticas de ações educativas e outras práticas que abranjam todos os aspectos da saúde integral da mulher (CUBA, 2010).

O trabalho em equipe é determinante no planejamento das ações da saúde da mulher, levando em conta doenças ou agravos como Diabetes, Hipertensão arterial e Câncer ou de fatores de risco, como o consumo de álcool e outras drogas, sobrepeso e obesidade, gravidez na adolescência, também, aqueles que estão expostos a condições de vulnerabilidade social, famílias com redes sociais e/ou condições socioeconômicas precárias, baixa escolaridade, situação de violência intrafamiliar, de desestruturação por separação, morte ou divórcio. É importante avaliar as determinantes biológicas, psicossociais e ambientais sobre as condições de risco e vulnerabilidade (ÁBALOS; FERNADEZ; MARTÍNEZ,2012).

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco destaca a importância de uma abordagem integral às mulheres, considerando-se questões de g nero, raça/etnia e classe social, e, preconiza o manejo adequado de "situações de vulnerabilidade relacionadas ao processo saúde-doença, sejam elas individuais, sociais e até mesmo programáticas". O Ministério da Saúde propõe uma classificação operacional dos fatores de risco reprodutivo, distribuindo-os em quatro categorias:

Características individuais e Condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; condições clínicas preexistentes e intercorrências clínicas; e doença obstétrica na gravidez atual. Várias condições elencadas no primeiro grupo indicam situações de vulnerabilidade individual e/ou social como o nível de escolaridade, conflitos familiares ou conjugais, condições de trabalho desfavoráveis, exposição a ambientes insalubres e abuso de drogas que, muitas vezes, manifestam desigualdades e discriminações, seja por classe social, gênero, cor de pele, idade ou outras. A interdependência entre vulnerabilidade programática e risco reprodutivo também é discutida no manual que ressalta que “é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar”. Essa classificação é uma ferramenta importante para identificação e manejo de riscos durante o pré-natal e também para uma abordagem de riscos reprodutivos em mulheres não grávidas, em idade fértil. Entretanto, o perfil do risco reprodutivo na população brasileira ou em subgrupos populacionais e sua correlação com situações de vulnerabilidade ainda é pouco estudado no Brasil. A maioria dos estudos revisados volta-se para a discussão de questões clínico-obstétricas envolvidas na gestação de alto risco e realizadas durante o período do pré-natal, parto ou puerpério. Um percentual pequeno relacionou características socioeconômicas (escolaridade, renda, trabalho, gênero, raça/etnia, violência, tabagismo, álcool) com a gestação de alto risco, e um número ainda menor com vulnerabilidade social (BRASIL, 2010.)

No Brasil, a maioria das mortes e morbidades maternas severas é devida a causas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção ou complicações de abortamento.

Isso significa que o acesso a uma assistência à saúde oportuna, humanizada e de boa qualidade evitaria que muitas mulheres perdessem suas vidas por motivos reprodutivos (DE JESÚS TORIBIO MOREJÓN *et al.*, 2008; TORRES; LARDOEY; LARDOEY; 2012).

O território onde desenvolvemos nosso trabalho apresenta múltiplos problemas de saúde além do deficiente controle do risco reprodutivo nas mulheres em idade fértil, sobre o qual consideramos intervir por sua tendência, gravidade, vulnerabilidade, frequência e pela disponibilidade de recursos para sua melhora no contexto da área de trabalho. A principal inquietude cognitiva aparece, porque a maioria das mulheres nos últimos anos foram consideradas com riscos importantes durante a gravidez, tais como idade, doenças associadas, maus antecedentes obstétricos, condições socioambientais desfavoráveis. Junto a esta problemática investigamos com a equipe de saúde e não existe um controle das mulheres em idade reprodutiva, pois não se conhecem quais delas são consideradas com risco reprodutivo, e os fatores que podem ser controlados são ignorados pela equipe de saúde, assim como pelas próprias mulheres. Não se conta com uma definição exata do problema, nem estudos anteriores que mostrem o resultado de controle e trabalho. De maneira que com o projeto de intervenção atuaremos sobre as causas e fatores de risco das mulheres em idade fértil e alcançaremos uma melhora da qualidade de vida deste grupo populacional e que a gravidez ocorra no momento oportuno.

O estudo consiste numa intervenção com o objetivo de aplicar ações educativas para o manejo do risco reprodutivo no PSF Campo de Santana durante o período 2014 – 2016.

4 METODOLOGIAS DO ESTUDO

4.1 Tipologia de estudo

Desenvolveu-se estudo de caso na Unidade Básica de Saúde Campo Santana, no município de Prudente de Moraes, Minas Gerais. O projeto se desenvolveu em três etapas. Uma primeira diagnóstica, descritiva, para identificar as mulheres com riscos reprodutivos e as categorias de risco que se associam às mulheres do estudo. Nessa fase, foram considerados os antecedentes de doenças e riscos pessoais, obstétricos e socioeconômicos, assim como formas de determinar o controle das mesmas e métodos anticoncepcionais que usam. Uma segunda fase foi realizada para desenhar e implementar as ações educativas para o controle das mulheres em risco e uma terceira para avaliar o resultado das ações executadas. A investigação se deu no território de abrangência que corresponde ao PSF Campo de Santana durante o ano 2014, e a implementação das ações se completarão até 2016. A região acima descrita, apresenta 265 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) de o que corresponde a 44,7 % do total da população.

Todas as mulheres do estudo moram na área rural distribuída nas diferentes micro-áreas do território. Estas mulheres estão expostas a condições socioambientais muito similares, com baixa renda, desemprego, e condições de moradia desfavoráveis. Existe alto número de adolescentes com baixa escolaridade.

Também participaram do presente estudo o médico, a enfermeira, o técnico em enfermagem e as três agentes comunitárias de saúde.

4.2 Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo todas as mulheres em idade fértil, que foram classificadas como tendo risco reprodutivo e que estavam de acordo em participar no estudo.

4.3 Critérios de Exclusão

Mulheres para as quais não se tinham disponíveis, na Unidade Básica de Saúde, dados que permitissem avaliar a situação de risco reprodutivo.

4.4 Fonte de dados

Foram utilizados dados de registros secundários da Unidade Básica de Saúde Campo Santana para selecionar as participantes do estudo, bem como para analisar suas situações de risco reprodutivo e fatores relacionados a ele.

Utilizou-se a técnica do grupo focal para explorar conhecimento da equipe sobre o programa de risco reprodutivo. Para o processamento dos dados se confeccionou uma base de dados no aplicativo EXCEL[®] para Windows. Posteriormente, os dados foram analisados e levados a tabelas em frequência absoluta e relativa.

5 RESULTADOS

5.1. Caracterizações da situação do risco reprodutivo.

O projeto de intervenção, como explicamos anteriormente, se desenvolveu em três etapas. Primeiramente fizemos um diagnóstico da situação inicial na UBS identificando do grupo de mulheres em idade fértil as quais, por seus fatores de risco associados, doenças crônicas, idade e antecedentes obstétricos entre outros elementos, foram inicialmente consideradas com risco reprodutivo. Além disso, avaliar quais delas estavam controladas e quais não tinham controle, assim como explorar o conhecimento da equipe de saúde sobre o tema risco reprodutivo. Uma segunda fase para desenhar e implementar as ações para o controle das mulheres com risco e uma terceira para avaliar o resultado das ações executadas.

A caracterização das mulheres estudadas e a análise das variáveis demográficas expressam-se nas tabelas 1, 2 e 3. Na identificação inicial levou-se em conta como tendo risco reprodutivo todas as mulheres menores de 19 anos por ser adolescentes e maiores de 35 anos por risco em idade, totalizando 149 mulheres. Optou-se por essa segregação de faixas etárias, pois não existe nenhum trabalho anterior na área, com adolescentes e mulheres maiores de 35 anos, nem outras formas de controle. Nesse trabalho verificou-se um número de mulheres com antecedentes obstétricos não identificados assim como doenças crônicas, que se associam também com a idade. Obteve-se que 50,2 e 25,4% das pacientes tinha, respectivamente, uma idade igual ou superior aos 35 anos e de 15 a 18. As mulheres maiores de 35 anos constituem risco por considerar-se que começa nesta idade a etapa de envelhecimento e involução dos órgãos do sistema reprodutor, (UNICEF 2015), (GARRIDO RIQUENES; GUTIÉRREZ; SÁEZ, 2004). Também a

adolescência é sem dúvida o elemento mais importante que possibilita que as jovens que não são bem assessoradas fiquem grávidas, o que repercute negativamente no desenvolvimento deste período fisiológico, pois como se conhece, não possuem a maturidade biológica nem psicológica para enfrentar o processo reprodutivo, (PRENDES LABRADA.*et al.*, 2006), (BRASIL, 2010). Ademais, nestas idades se produz um incremento da morbimortalidade materna e perinatal ao aparecer afecções tais como a pré-eclâmpsia, eclâmpsia e malformações congénitas.

A ocupação foi outras das variáveis estudadas, a fonte de emprego é muito difícil no município e a maioria 38.5 % eram donas de casa, totalmente desvinculadas das atividades sociais produtivas e com grande desmotivação para participar das ações que se desenvolvem na UBS. Esse resultado se relaciona com o trabalho realizado por HERNÁNDEZ; CÁNOVAS, 2006 no qual 58.3 % corresponde às mulheres trabalhadoras e 58.9 % tinham uma relação conjugal estável.

As mulheres do grupo de estudo sofrem de violências como, traumas físicos e psicológicos, violências domésticas e violência sexual como o estupro, que produz sequelas físicas e psicológicas. Essas violências podem ser produto da dependência que muitas delas têm do casal, e em consequência do divórcio ou separação. Nesse estudo, 59 mulheres (29,9%) estão divorciadas e representam a maior porcentagem de situação conjugal. Também grande número de mulheres, sobretudo adolescentes, está solteira, mas têm relações sexuais referidas e isso constitui um risco importante para o controle do risco reprodutivo.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo grupos de idades. PSF. Campo de Santana. 2014

Grupos de Idade	Mulheres em Idade Fértil	%
15 a 18	50	25.4
19 a 34	48	24.4
35 anos +	99	50.2
Total	197	100.0

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo ocupação. PSF Campo Santana. 2014

Ocupação	N	%
----------	---	---

Dona de Casa	76	38.5
Trabalhadora	69	35.0
Estudantes	52	26.3
Total	197	100.0

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo situação conjugal. PSF Campo de Santana. 2014

Situação Conjugal	N	%
Solteiras	52	26.3
Acompanhadas	38	19.2
Casadas	48	24.3
Divorciada	59	29.9
Total	197	100.0

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Ao analisar as tabelas 4 e 5 onde os antecedentes patológicos familiares bem como as doenças crônicas mais frequentes, constatou-se que 54 (27,4 %) pacientes têm como antecedentes pais hipertensos, seguidos de 4,0% de pais com diabetes mellitus. Os transtornos circulatórios, asma brônquial e hipertensão arterial atingem respectivamente 31,5, 25,9 e 18,3 % dos pais dessas pacientes. Os antecedentes patológicos pessoais, que se apresentam com maior frequência nos estudos revisados como (DE JESÚS TORIBIO MOREJÓN *et al.*, 2008; TORRES; LARDOEY; LARDOEY; 2012; NARANJO; FERRÁ; PÉREZ, 1998) foram: a Hipertensão Arterial, Asma Brônquica e a Diabetes Mellitus, patologias mais frequentes encontradas nas mulheres com mais de 30 anos. A HAS é considerada a causa mais frequente de parto prematuro e baixo peso ao nascer e a Asma Brônquica complica de 1 a 4% das gravidezes e associa-se com alta evidência de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, parto prematuro e crescimento intrauterino retardado (CIUR). (DE JESÚS TORIBIO MOREJÓN *et al.*, 2008; TORRES; LARDOEY; LARDOEY; 2012; NARANJO; FERRÁ; PÉREZ, 1998; BRASIL, 2010).

Tabela 4 - Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo antecedentes patológicos familiares mais frequentes. PSF Campo de Santana. 2014

Antecedentes Patológicos Familiares	No.	%
Diabetes Mellitus	8	4,0
Doenças Cardíacas	7	3,5
Hipertensão Arterial	54	27,4
Casais, Filhos, Pai, Mãe, Irmãos, com doença genética o defeito congênito	2	1,0

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo doenças crônicas mais frequentes. PSF Campo de Santana. 2014

Doenças Crônicas	N	%
Cardiopatia	3	1,5
Doenças Respiratórias.	51	25,9
Hipertensão Arterial.	36	18,3
Diabetes Mellitus	7	3,5
Hipotireoidismo	7	3,5
Nefropatia	4	2,0
Transtornos Circulatórios	62	31,5
Tromboses Venosa	1	0,5
Epilepsia	6	3,0
Outras Doenças Crônicas	1	0,5

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Nas tabelas 6,7 e 8 se evidenciam os antecedentes obstétricos das pacientes que participaram no estudo:104 (52,8 %) mulheres tiveram de 1 a 3 partos; 4,0 % das mulheres pariram bebês de baixo peso, sendo que deles, 3,0 % eram prematuros e 1,0 % apresentava crescimento intrauterino retardado (CIUR). Em outros estudos a multiparidade está estreitamente relacionada com o baixo peso ao nascer (BRASIL2010), (DE JESÚS TORIBIO MOREJÓN *et al.*, 2008). Outros dos antecedentes obstétricos encontrados foram os partos consecutivos em intervalos menores de 2 anos representando 19.8 %. A multiparidade e o período Inter gestacional menor de 2 anos são fatores determinantes durante a gravidez e a lactação, pois a mãe consome seus recursos biológicos e nutricionais, precisando um tempo para recuperar-se e preparar para outra gravidez (BRASIL, 2010).

Tabela 6 - Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo número de partos. PSF Campo de Santana. 2014

Número de Partos	N	%
Nuliparidade	71	36,0
De 1 a 3	104	52,8
4 ou mais	22	11,2
Total	197	100,0

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Tabela 7 - Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo baixo peso ao nascer das crianças. PSF Campo de Santana. 2014

Crianças Baixo Peso Anterior	N	%
Pré-término	6	3,0
Desvio quanto ao crescimento uterino	2	1,0
Total	8	4,0

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Tabela 8 - Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo antecedentes obstétricos. PSF Campo de Santana. 2014

Antecedentes Obstétricos	N	%
Abortamento habitual	7	3,5
Partos com menos de 2 anos	39	19,8
Mortes Neonatais os Fetais anteriores	2	1,0
Cesariana anterior menos de 2 anos	5	2,5
Malformações congênitas anteriores	0	0
Isoimunização RH	1	0,5
Diabetes na Gravidez	4	2,5
Doença hipertensiva gravídica	6	3,0

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Na tabela 9 relacionam-se os problemas de saúde associados no último ano. Encontramos com maior incidência, as mulheres com anemias, as que padecem de infecção urinária e as fumantes, representando respectivamente 10,6, 8,6 e 8,1%. A infecção urinária incrementa as possibilidades do crescimento intrauterino retardado e a morbidade materna. A anemia ferropriva leva ao parto prematuro, incrementa a mortalidade perinatal, favorece a infecção puerperal, pois piora as afecções cardíacas e pulmonares. Ademais, o tabagismo antes e durante a concepção se comporta como um fator de risco importante para o baixo peso ao nascer, contribuindo para o parto prematuro, além de estimular a vasoconstrição uterina. (DE JESÚS TORIBIO MOREJÓN *et al.*, 2008), (UNICEF, 2015), (GARRIDO RIQUENES; GUTIÉRREZ; SÁEZ, 2004).

Tabela 9 - Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo problemas de saúde associados no último ano. PSF Campo de Santana. 2014

Problemas de saúde	N	%
Fumante	16	8,1
Bebidas Alcoólicas	1	0,5
Risco DTS	10	5,0
Anemia	21	10,6
Infecção Urinária	17	8,6

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Quanto à valoração nutricional refletida na tabela 10 constata-se que 42,1% das pacientes têm baixo peso, 20,3% têm sobrepeso e 10,3 % são obesas. Apenas 26,9 % tiveram um peso adequado. O peso materno, influi no desenvolvimento e crescimento do menino em seu primeiro ano de vida, ademais que contribuem a baixo peso ao nascer. Isto se deve ao fato da mãe não se alimentar adequadamente, não ter uma alimentação saudável. Isto faz que a criança nasça com um déficit de vitaminas e nutrientes necessários para um bom desenvolvimento (BRASIL, 2010b)

Tabela 10 - Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo Avaliação nutricional. PSF Campo de Santana. 2014

Avaliação Nutricional	N	%
Baixo Peso	83	42,1
Normal	53	26,9
Sobrepeso	40	20,3
Obesidade	21	10,6
Total	197	100,0

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

O controle do risco reprodutivo é o objetivo fundamental deste trabalho, pois a identificação das mulheres que não estão controladas permitirá desenvolver ações dirigidas com maior intenção neste grupo. Tendo em conta a classificação do risco reprodutivo das 197 pacientes estudadas na Tabela 11, encontrou-se que 106 não estavam controladas (53,8%), delas 96 (66,6 %) não tinham controle de sua doença. As pacientes controladas eram 91(46,2 %), das quais 48 tinham controle de sua doença. Na Tabela 12 dentre as pacientes, 148 (75,1 %) utilizavam algum método

contraceptivo, sendo os mais usados preservativos, comprimidos orais e preparações injetáveis. Das que utilizavam anticoncepcionais, 136 o faziam adequadamente, para sua condição de risco. Num estudo realizado por DAMAS; SARMIENTO; PEÑA, 2008 predominaram as pacientes não controladas e o tipo de anticoncepcional mais utilizado foram os hormônios e as pílulas orais. JIMÉNEZ; DÍAZ; CARDOSO (2007) mostraram que foram os DIU e as pílulas anticoncepcionais as alternativas mais utilizadas.

Tabela 11 - Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo o controle de seu risco reprodutivo. PSF Campo de Santana. 2014

Classificação do Risco Reprodutivo	Formas de Controle	Método Anticonceptivo			Total	
		Adequado	Inadequado	Total	N	%
Controlada	Controle de sua Doença Crônica 48	Método Anticonceptivo			91	46,2
		136	12	148		
Não Controlada	Não controle de sua Doença 96	Não controle com anticoncepcionais			106	53,8
		49				

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

Tabela 12 - Distribuição das mulheres risco reprodutivo segundo tipos de anticoncepcionais usados. PSF Campo de Santana. 2014.

Tipos de anticoncepcionais utilizados	N	%
Preservativo	58	29,4
Comprimidos orais.	57	28,9
Preparações injetáveis.	19	9,6
Dispositivos Intrauterinos	14	7,1
Não utilizam	49	24,9
Total	197	100,0

Fonte: Registros primários do PSF Campo de Santana.

5.2. Ações para o manejo do risco reprodutivo no Posto de Saúde Campo de Santana. Ano 2014.

As ações desenhadas estão encaminhadas à preparação da equipe de saúde no posto de saúde Campo Santana, para desenvolvê-las com maior eficiência e qualidade nas mulheres consideradas com risco reprodutivo e assim alcançar melhor atenção na saúde da mãe e do feto e cumprir com os propósitos de reduzir a mortalidade infantil no país. Para o desenho das ações foi utilizado o método sistêmico-estrutural-funcional, tendo como propósito solucionar as dificuldades detectadas.

Ação N. 1 - Capacitar a equipe de saúde no Programa de trabalho para o risco reprodutivo.

Realizar:

- Curso para os membros da equipe, diferenciando os agentes comunitários de saúde.
- Seminário com a aplicação de técnicas afetivo-participativas para alcançar um trabalho em equipe que contribua para liderança e a motivação da equipe.
- Trabalho de grupo para desenvolver habilidades comunicativas com técnicas de persuasão.
- Trabalho em grupo com técnicas de socialização para alcançar aceitação do coletivo.

Objetivos:

Elevar o conhecimento de toda a equipe de saúde no programa de risco reprodutivo, com ênfase nos fatores de risco e ações a desenvolver com as mulheres categorizadas.

Alcançar a realização das ações de capacitação aos membros da equipe de saúde que lhe permitam desenvolver habilidades de liderança e trabalho em equipe e que favoreça a motivação.

Resultados esperados

A capacitação de todos os membros da equipe de saúde no programa de risco reprodutivo e que se possa desenvolver ações com as mulheres da área, com trabalho em equipe e liderança para que sintam motivadas pelo trabalho que realizam.

Atores

Os membros da equipe de saúde.

Data

Fevereiro 2014

Critérios de Avaliação

- Porcentagem de membros da equipe capacitados e com conhecimento do programa de risco reprodutivo.
- Membros da equipe desenvolvendo ações em cada micro área com resultados de trabalho.

Ação N. 2 - Definir pela equipe de trabalho o universo de mulheres em idade fértil e cadastrar as que se identifiquem com algum fator de risco.

Objetivos

- Alcançar o cadastro de todas as mulheres em idade fértil.
- Identificar as mulheres que apresentem algum fator de risco associado que as convertam em risco reprodutivo.

Resultados esperados

Que se cadastrem todas as mulheres em idade fértil, diferenciando as que apresentam fatores de risco que as convertem em risco reprodutivo.

Atores

A equipe de trabalho

Mulheres em idade fértil

Data

Março - Abril 2014

Critérios de Avaliação

- Porcentagem de mulheres em idade fértil cadastradas no nível de cada micro área.
- Porcentagem de mulheres classificadas como risco reprodutivo.

Ação N. 3 - Estabelecer um dia de consulta para a atenção de pacientes com risco reprodutivo e priorizar as pacientes com risco maior para seu controle.

Objetivos

- Determinar um dia de consulta na semana, para as mulheres com risco reprodutivo, priorizando as de maior risco por cada micro área.
- Realizar avaliação integral das mulheres que permita o controle efetivo de seu risco.
- Coordenar com os NASF consultas multidisciplinares se necessário.

Resultados esperados

Que as pacientes com risco reprodutivo, tenham uma consulta planejada e que se realize avaliação integral com melhor controle de seu risco.

Atores

Mulheres risco reprodutivo

Data

De maio em diante

Critérios de Avaliação

- Porcentagem de mulheres com risco reprodutivo que comparecem a consulta planejada.
- Porcentagem de mulheres que precisaram de consultas multidisciplinares.
- Porcentagem de mulheres que compareceram à consulta e estão com controle.

Ação N. 4 - Formar grupos de mulheres com riscos por micro área para desenvolver atividades de educação sanitária como dinâmicas grupais.

Objetivos

- Alcançar que cada micro área forme seu grupo de mulheres com risco reprodutivo e estabelecer um programa de atividades educativas para ser desenvolvidas pela equipe de saúde.
- Definir os agentes comunitários como protagonistas desta ação.

Resultados esperados

Que as mulheres que não tinham seu risco em controle, usando um método anticoncepcional para evitar a gravidez o alcancem. O controle de sua doença crônica.

Atores

Mulheres com risco reprodutivo.

Data

De maio de 2015 em diante.

Critérios de Avaliação

- Porcentagem de mulheres que formam parte de grupos por cada micro área.
- Porcentagem de mulheres que comparecem à atividades educativas.
- Porcentagem de mulheres com conhecimento dos perigos de riscos para a gravidez.

Ação N. 5 - Contemplar a participação dos homens nas atividades desenvolvidas na UBS com respeito à saúde sexual e reprodutiva, como verdadeiros parceiros responsáveis da concepção.

Objetivo

- Incorporar aos homens em conjunto com suas mulheres nas atividades desenvolvidas para o melhor controle do risco reprodutivo.

Resultado esperado

Que os homens participem em conjunto com as mulheres nas atividades desenvolvidas.

Atores

Homens parceiros das mulheres com risco reprodutivo.

Data

De maio de 2015 em diante

CrITÉRIOS de Avaliação

- Porcentagem de homens participando das ações desenvolvidas.

Ação N. 6 - Estabelecer relações de trabalho com as escolas para desenvolver ações educativas com as adolescentes.

Objetivos

- Realizar intercâmbio com os professores das escolas da área para sensibilizar os mesmos com as atividades educativas nas adolescentes.
- Transmitir alguns conhecimentos do tema aos professores para que apoiem a atividade.
- Estabelecer um programa educativo para desenvolver nas escolas pela equipe de saúde.
- Intercambiar com os adolescentes informações sobre os métodos anticoncepcionais de maior segurança para esta etapa da vida e a sistematicidade no uso dos mesmos

Resultado esperado

Todas as escolas integradas às atividades educativas desenvolvidas pela equipe de saúde e que as adolescentes conheçam os efeitos negativos da gravidez na adolescência, os fatores de risco que podem associado, assim como os métodos anticoncepcionais que podem usar.

Atores

Adolescentes

Data

De maio em diante

Critérios de Avaliação

- Porcentagem de escolas que participam das atividades
- Porcentagem de adolescentes que participam das atividades educativas
- Porcentagem de adolescentes usando algum método.

Ação N. 7 - Incorporar à Consulta de Risco Reprodutivo Incrementado um especialista em Nutrição e Dietética.

Objetivo

- Orientar nutricional mente as pacientes com dieta inadequada e doenças crônicas, bem como o resto das mulheres que compareçam à consulta.

Resultado esperado

Que as pacientes que participam da consulta tenham uma adequada orientação nutricional para evitar os efeitos adversos durante a gravidez.

Atores

Pacientes que assistem à consulta de risco incrementado.

Data

De maio de 2015 em diante.

Critérios de avaliação

Trimestral

Ação N. 8 - Alcançar estabilidade de fornecimento de anticoncepcionais na Unidade Básica de Saúde.

Objetivos

- Estabelecer prioridade pelo departamento de farmácia do município na UBS em manter estabilidade de anticoncepcionais.
- Utilizar adequadamente os métodos anticoncepcionais nas mulheres que apresentam riscos sem controle.

Resultado esperado

Garantir o suprimento de anticoncepcionais na UBS e fazer com que estes sejam utilizados adequadamente pelas mulheres com risco reprodutivo.

Atores

Mulheres risco reprodutivo

Data

De Abril em diante.

Critérios de Avaliação

- Disponibilidade de métodos anticoncepcionais de forma permanente na UBS
- Porcentagem de mulheres com risco reprodutivo que utilizam anticoncepcionais

Ação N.9 - Desenhar um programa educativo que contribua à modificação dos estilos de vida das pacientes com risco reprodutivo que tenham doenças ou fatores de risco associados.

Objetivo

- Incorporar estilos de vida saudáveis através da utilização de técnicas afetivo-participativas.

Resultado esperado

Que as pacientes que tenham uma doença ou um fator de risco associado, incorporem estilos de vida saudável.

Atores

Pacientes que participam da consulta de risco planejada pela equipe básica de saúde.

Data

Mensal.

Critérios de avaliação

Semestral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento do programa de risco reprodutivo foi fundamental para o desenvolvimento da investigação, porém, a equipe de trabalho mostrou não ter preparação, nem conhecer com plenitude os elementos que aborda o programa, para desenvolver as ações.

O estudo realizado conseguiu caracterizar as mulheres com risco reprodutivo, evidenciando número elevado de mulheres com risco dentre aquelas com idades extremas. As participantes apresentam um baixo nível de escolaridade, a maioria são donas de casa e estão solteiras ou divorciadas.

A Diabetes *mellitus* e a Hipertensão Arterial predominam nos antecedentes familiares e esta última é a doença crônica mais frequente. Grande número das pacientes investigadas são malnutridas por excesso, e apresentam fatores de riscos como são as doenças de transmissão sexual, o tabagismo e o consumo de álcool.

Os antecedentes obstétricos como a multiparidade com menos de dois anos e a doença hipertensiva gravídica foi o que mais se apresentou.

Predominam as mulheres não controladas por não usar anticoncepção, nem controlar suas doenças crônicas. A preferência dos anticoncepcionais está nos injetáveis e comprimidos. O preservativo é mais utilizado pelas adolescentes.

As ações propostas melhoraram o trabalho com o risco reprodutivo, pois o nível de competência e desempenho da equipe de saúde foi superior do que no início do estudo e se alcançou um maior número de mulheres controladas e com conhecimento dos riscos para a gravidez quando se associam na etapa fértil da vida.

REFERÊNCIAS

ÁBALOS, N.N; FERNADEZ, F.A.C; MARTÍNEZ, A.C. Caracterización del riesgo preconcepcional. **Arquivo Médico de Camagüey**. V.10, n. 2, p. 64-72, 2012.

ÁLVAREZ LAJONCHERE, C. El embarazo en la adolescencia. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2001.

AMADOR, L.M. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. **Rev Cubana Obstet Ginecol**. v.36, n.1, p. 1-3, 2010.

AMARO, H.F. *et al*. Alguns fatores de risco em complicações da gravidez associados à mal nutrição materna por defeito. **Tokoginecología Prática**. v.61, n. 7,p. 407-10, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/66843150/29/METODOS-ANTICONCEPCIONAIS>>.

BRASIL 2010 b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico: gestação de alto risco. 5 ed. Brasília, DF, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 1996.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 1 ed. Brasília, DF, 2012.

BROSS, D.S.; SHAPIRO S. Direct and indirect association of five factors with infant mortality. **Am J Epidemiol.**v.115, n.1, p.78-91, 1982.

COELHO, S; FRANCO, P.Y. Saúde da mulher. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 144p, 2013.

CUBA. Ministério de Saúde. Consenso de Procederes diagnósticos e terapêuticos em Obstetrícia e Perinatología. Cidade da Havana. p.46-51,2010.

DAMAS, H.P.; SARMIENTO, G.A.; PEÑA, D.I.T. Comportamento do risco reprodutivo em Soibada. Manatuto. Timor – Leste. **Correo Científico Médico de Holguín.** v.12, n. 4, p. 1-10, 2008.

DE JESÚS TORIBIO MOREJÓN, A. et al. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No.1 del Policlínico “Carlos Verdugo”. **Rev. Médica Eletrônica.**v.30, n. 6, p 1-11, 2008.

ESCALANTE, J.J.C; DE MORAIS NETO, O.L. A redução da mortalidade na infância e infantil no Brasil e nas unidades da federação. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, DF, 2010.

FERNÁNDEZ SORDO, T. Conocimiento de la población sobre el riesgo preconcepcional. **Ciudad de la Habana**, 2004. Disponível em:<
<http://www.ilustrados.com/documentos/riesgopreconcep.doc>>, acesso em: 16 de março de 2015.

GARRIDO RIQUENES, C.; GUTIÉRREZ, T.; SÁEZ, V. Planificación Familiar y anticoncepción, In: Álvarez Sintet R. Temas de Medicina General Integral. v.1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p, 494-513, 2008.

GONZÁLEZ, Q., et al. Intervención educativa sobre planificación familiar en una Comuna de Haití. **Rev. Mediciego**. V.14, supl. 1, p. 0-0 (online), 2008.

HERNÁNDEZ, M.D.; CÁNOVAS, N.T. Riesgo Reproductivo Preconcepcional. **Archivo Médico Camagüey**. v.10, n. 6, p. 0-0 (online), 2006.

JIMÉNEZ, C.A.G.; DÍAZ, M.H.; CARDOSO, J.J. Risco preconcepcional e métodos anticoncepcionais de controle: Revisão bibliográfica. **Gaceta Médica Espirituana** . v.9, n.1, p. 0-0 (online), 2007.

JOHNSON, C.P.; DORVAL, J. Las Transiciones Hacia la Adolescencia. Spina Bifida Association. Disponível em: <
http://www.spinabifidaassociation.org/atf/cf/%7BEED435C8-F1A0-4A16-B4D8-A713BB9D9CE4%7D/sp_Adolscence.pdf> acesso em: 16 de março de 2015.

LEYVA, R.N, et al. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. **MEDISAN**. v.15, n. 3, p. 323-329,2011.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Nacidos vivos según edad de la madre: Chile 1990 – 2006. Disponível em :
http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/graficos/web_natatlidad2/CHI_NV_edMAMA_9004.htm. Acesso em 16 de março de 2015.

MORSE, M.L, et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad Saúde Pública**. v.27, n. 4, p.623-638, 2011.

NARANJO, J.L.R.; FERRÁ, R.R.; PÉREZ, S.B. Comportamiento del riesgo preconcepcional. **Rev Cubana Med Gen Integr**. v.14, n.2, p. 160-164,1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Statement for collective action for postpartum family planning. Disponível em: < http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/statmt_ppfp/en/ >, acesso em: 23/04/2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. OPAS/OMS Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington, D.C.: OPAS, 1986.

PENA, E.; et al. Dietary evaluation of pregnant adolescents during first, second and third trimester. **Arch Latino am Nutr**. v.53, n.2, p. 133-40, 2003.

PRENDES LABRADA, et al. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. **Rev. Cubana Med. Gen. Integral**. 17(4), 360-6, 2001.

RAMOS, H.F, et al. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. **Revista Arquivo Médico de Camagüey**. v.12, n. 3, p.0-0 (*online*), 2008.

SANCHEZ, T.Y.; FERRER, L.R.; FERRER, M.L. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. **Rev. Cubana Med. Gen. Integral**. v.25, n.2, p. 0-0 (on line), 2009.

SENADO DUMOY, J. Los factores de riesgo. **Rev Cubana Med Gen Integr**. v.15, n.4, p. 446-452, 1999.

TORRES, S.Y; LARDOEY, F. R; LARDOEY, F. M. Caracterização dos fatores do risco em grávidas com hipertensão gestacional e crônica na área de saúde. **Rev. Cubana Med. Gen. Integral**. v.25, n.2, 2011.

UNICEF. The State of the World's Children 2009.Maternal and Newborn Health. Disponível em: < <http://www.unicef.org/sowc09/>>, acesso em: 16 de fevereiro de 2015.

VARONA DA PEÑA, F.; HECHAVARRÍA, R.N; ORIVE, R.N. M. Pesquisa dos riscos reprodutivo e pré-natal. **Rev. Cubana Obstet. Ginecol.** v.36, n.4, p.565-572, 2012.

WICKREMASINGHE, V.P.; et al. Preconceptional care of women at booking visit at De Soysa Maternity Hospital and Castle Street Hospital for Women. **Ceylo Med J.** v.48, n.3, p. 77-79, 2003.