

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

AMÉLIA GALDINA MATOS

**PLANO DE AÇÃO PARA SISTEMATIZAR O ATENDIMENTO ÀS
GESTANTES NA UAPS PASSAGEM DE MARIANA.**

AMÉLIA GALDINA MATOS

**PLANO DE AÇÃO PARA SISTEMATIZAR O ATENDIMENTO ÀS
GESTANTES NA UAPS PASSAGEM DE MARIANA.**

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

Tutor: Prof. Max André dos Santos.

AMÉLIA GALDINA MATOS

**PLANO DE AÇÃO PARA SISTEMATIZAR O ATENDIMENTO ÀS
GESTANTES NA UAPS PASSAGEM DE MARIANA.**

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

Tutor: Max André dos Santos

Dedico este trabalho:

Primeiramente a Deus que é a fonte de toda a inspiração, força, determinação e otimismo.

À minha família em especial meus pais e minha irmã por todo amor, compreensão, incentivo e companheirismo.

Aos amigos que fiz em Mariana. Destaco com muito carinho e desejo de que nosso vínculo persista mesmo após o término dessa especialização: os amigos do provab e minha roommate. Vocês tornaram esse ano de trabalho mais leve e divertido.

À equipe e pacientes da UAPS Passagem de Mariana: Vocês foram a inspiração e razão desse trabalho. Sou grata por isso e por todo o carinho, confiança e apoio que recebo diariamente de vocês. Orgulho-me de fazer parte de uma equipe tão comprometida e competente.

Ao tutor Max André dos Santos por sua disponibilidade, paciência e suas muitas sugestões pertinentes.

"comemorar a maternidade é criar as condições para que todas as mães possam ser mães de verdade"

Gilberto Dimenstein

RESUMO:

A Atenção à Saúde da mulher tem sido um dos pontos chave para a melhoria dos indicadores de saúde nacionais; dentre todas as ações preconizadas, destaca-se a Assistência ao Pré-Natal. A gestação é um momento ímpar na vida das mulheres, na qual as ações de prevenção e promoção à saúde trazem grandes impactos sanitários, tanto maternos, quanto fetais e infantis.

A atenção à saúde materno infantil, no Brasil, obteve grandes conquistas ao longo das últimas décadas. Isso é comprovado pela importante diminuição nos indicadores de mortalidade materna e perinatal. Todavia, apesar da diminuição esses valores continuam altos, ainda mais no contexto atual da economia brasileira. Uma das questões que tem ganhado destaque para explicar a persistência desse problema é a questionável qualidade da assistência prestada. Observa-se, e isso corrobora o que foi selecionado como nó crítico da Assistência Pré-Natal na UAPS de Passagem de Mariana, que não há padronização dos procedimentos e ações, essenciais para garantir a efetividade da assistência. No entanto, ações simples, focadas no contexto do programa de saúde da família, que envolvam toda a equipe multidisciplinar, têm grande potencial de revolucionar a qualidade e efetividade da assistência prestada.

Dessa forma, o presente trabalho, com base em literatura pertinente, propõe uma intervenção, com ações de fácil execução, mas que têm potencial de tornar a Assistência Pré-Natal na UAPS Passagem de Mariana mais efetiva, e dessa forma, garantir um acompanhamento longitudinal, integral e coordenado de maior qualidade.

Descritores: Assistência Pré-Natal, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT:

The woman's care is one of the most important points to rise up the national health indicators; between the usual proposed actions, prenatal assistance is one of the most important and which get great changes. The pregnancy is a singular moment in the woman's life, because it's the moment where actions of health's prevention and promotion would make incredible changes in fetal and child health.

Looking the last decades is possible note that Brazilian woman's and child's health care have gone good changes. However, when compared with the economic indicators, health's care improvement is still lower than expected. There are many explanations, but one of the most important is low quality of the prenatal assistance. It looks like happens at UAPS Passagem de Mariana. There aren't actions and procedure standardizations, essential to increase the assistance effectively. Moreover, simple actions, focalized in the Family's health, involving every professional inside multidisciplinary group, can get a great revolution in the quality and effectiveness of assistance.

This text, focalized in the recommended scientific literature, suggest some kind of intervention, which easy actions plans can rise up the quality and effectiveness of health assistance at UAPS Passagem de Mariana, which will guarantee the mother's care more integral, organized, looking longwise and with a great quality.

Descriptors: Prenatal assistance, Health family care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

- ACS: AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE
- ESF: EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
- MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE
- NASF: NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
- OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
- PAISM: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
- PES: PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL
- PHPN: PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO
- SIAB; SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
- UAPS: UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO:.....	10
2. JUSTIFICATIVA:.....	12
3. OBJETIVO:.....	13
4. METODOLOGIA:.....	14
5. DESENVOLVIMENTO:.....	15
○ 5.1 – REVISÃO DA LITERATURA:.....	15
○ 5.2 – PLANO DE AÇÃO:.....	21
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:.....	23
7. REFERÊNCIAS:.....	24
8. ANEXO 1:.....	25 e 26

1 INTRODUÇÃO:

Passagem de Mariana é um distrito de Mariana – MG que dista cerca de 15 km do centro da cidade, possui uma população estimada de 3474 habitantes, dos quais 1519 são mulheres em idade fértil, entre 15 e 40 anos, estando 26 gestantes (dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, de 2013).

A ESF Passagem é composta de uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitárias de saúde (ACS). Do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), conta ainda com um médico de apoio, uma pediatra, um ginecologista, duas equipes de saúde bucal (adulto e infantil), uma nutricionista e um farmacêutico. De acordo com a estratégia de matriciamento, recebe a visita periódica de um psiquiatra e de uma psicóloga.

O presente trabalho, desenvolvido pela médica assistente da Equipe de Saúde da Família (ESF) de Passagem de Mariana, consiste na formulação de um plano de ação para sistematizar o atendimento às gestantes pertencentes à população adscrita.

Durante minha atuação na UAPS de Passagem de Mariana, pude perceber que a falta de coordenação da equipe multidisciplinar e a não sistematização da assistência comprometem a qualidade do serviço prestado, favorecendo a descontinuidade do cuidado e dificultando o controle longitudinal, integral e coordenado da população assistida.

Após observação crítica e discussão com a equipe, foi feito o diagnóstico situacional. Destacam-se como nós críticos: confusão acerca do papel de cada um dos membros da equipe; falta de adequada padronização do atendimento e dificuldade em vincular todas as pacientes ao serviço e estimular a adesão. Esses problemas comprometem a qualidade da assistência prestada bem como sua abrangência. Uma forma de solucioná-los é sistematizar a atenção às gestantes de forma a padronizar as ações desenvolvidas pela equipe, compreendendo a captação da gestante e o puerpério.

Captação e acolhimento das gestantes:

Na UAPS Passagem de Mariana, as gestantes chegam ao serviço de forma voluntária ou através da ação das ACS por meio de busca ativa. Todavia, apesar do comprometimento das ACS, muitas gestantes demoram a ir à UAPS ou não comparecem às consultas agendadas. Quando chegam à UAPS essas pacientes são acolhidas pela enfermeira que as encaminha à médica assistente que confirma a gravidez através de exames laboratoriais ou da avaliação clínica, de acordo com a idade gestacional.

A consulta de pré-natal:

. Após confirmada a gestação as pacientes são cadastradas no SISPRENATAL e recebem as orientações iniciais sobre a importância do pré-natal e como o mesmo transcorrerá, são solicitados os exames iniciais pertinentes à idade gestacional, avaliados o estado vacinal e o risco gestacional. Todas essas ações ficam a cargo apenas da médica assistente. Não há grupo de gestantes para o qual essas pacientes possam ser encaminhadas. Há cerca de três meses a maior parte das gestantes têm sido encaminhadas diretamente ao médico obstetra, independente do risco gestacional. A forma como o acompanhamento pré-natal será

feito é de inteira responsabilidade do médico assistente ou obstetra. Não há nenhum protocolo preconizado de forma a padronizar as ações a serem realizadas durante a assistência, assim como a periodicidade da mesma. Outro ponto é a não alternância entre consulta médica e de enfermagem.

Avaliação Odontológica:

A avaliação odontológica não é feita de rotina, ficando a cargo do médico, encaminhar a paciente ou a mesma buscar atendimento quando julgar necessário. Há também muitas dúvidas por parte dos profissionais sobre quais procedimentos podem ou não ser realizados e se isso independe da idade gestacional

O Puerpério:

Na primeira semana após o parto as pacientes são reavaliadas pelo obstetra e então recebem alta do pré-natal e algumas orientações sobre métodos contraceptivos. Os recém-nascidos voltam à UAPS para receber as vacinas e fazer os testes, bem como ser avaliados pela pediatra. Todavia, poucas pacientes voltam para a consulta puerperal.

“Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como o maior desafio. Essa melhoria da qualidade, no patamar em que estamos, refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços.”
(CALIFE *et al.*, 2012, p.12)

2. JUSTIFICATIVA.

Apesar da escassez de bibliografia sobre o tema, dados do Ministério da Saúde evidenciam que o Brasil ainda tem na qualidade da Assistência Pré-Natal um dos principais entraves à plena melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil. Daí a necessidade de criar um plano de ação para sistematizar o atendimento às gestantes que inclua ações também para capitação e no puerpério.

3. OBJETIVO

Elaborar uma intervenção para sistematizar o atendimento e acompanhamento longitudinal, integral e coordenado das gestantes pertencentes à população adscrita pela UAPS Passagem de Mariana.

4. METODOLOGIA

A partir da observação crítica e discussão com a equipe, foram definidos os nós críticos e realizado o planejamento, utilizando para isto o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado. Após revisão da literatura pertinente, optou-se pela criação de um plano de ação para sistematizar o acompanhamento às gestantes da população adscrita.

Seguindo as propostas do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do curso de especialização em Saúde da Família, foram feitas reuniões com a equipe de saúde da UAPS Passagem de Mariana. Durante essas reuniões foram identificados os principais problemas de saúde da área de abrangência e posterior seleção daqueles a serem enfrentados. Após análise para tentar descrever e explicar os problemas priorizados foram definidos os nós críticos e realizado o planejamento, tendo como método o PES simplificado.

“O PES foi desenvolvido pelo prof. Carlos Matus, Ministro da Economia (assessor direto) do governo de Salvador Allende, o então presidente do Chile.” [...] “propõe a formação de tecnopolíticos, os quais devem ser capazes de viabilizar, com competência, um modo **de ser cotidianamente** governo” (grifo do autor). Isso é feito por meio da análise situacional – [...] “conhecimento sobre o modo como é produzida determinada situação” – identificação dos atores sociais – [...] “coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada situação, é capaz de transforma-la” – e a formulação de estratégias – [...] “maneira de construir viabilidade para um plano elaborado, visando alcançar determinados objetivos.” – para a resolução ou melhoria dos problemas selecionados como principais. (CORRÊA *et al.*, 2013, p. 21, 24 e 25)

Simultaneamente, realizou-se busca da literatura técnica e científica na área de saúde pública referentes ao tema estudado. Por meio do portal de pesquisa da BVS, tendo como principais descritores: “Pré-Natal”, “Avaliação”, “Mortalidade Materna”, “Mortalidade Perinatal”; e limites: “bases de dados nacionais”, “cuidado pré-natal” e “humanos”. Foram também pesquisados os cadernos pedagógicos do Curso de Especialização em Saúde da Família, as publicações do Ministério da Saúde, bem como protocolos estaduais.

5. DESENVOLVIMENTO:

5.1 REVISÃO DA LITERATURA:

A melhoria da Atenção à Saúde da Mulher é um dos pontos chave para melhoria dos indicadores de Saúde Nacionais. No Brasil, vários programas têm sido implementados ao longo do tempo com esse objetivo. O presente trabalho tem por enfoque a Atenção à Gestante, entendido como o acompanhamento integral e multiprofissional, desde a captação até o termino do puerpério, e visa propor um Plano de Ação que sistematize o atendimento às gestantes adscritas na UAPS Passagem de Mariana.

Segundo o Caderno do Ministério da Saúde (MS) Mortalidade Perinatal (BRASILIA, 2012), apesar de a taxa de mortalidade infantil ter reduzido 61,7% entre 1990 e 2010, o Brasil ainda ocupa o 90º lugar entre os 187 países no ranking da Organização das Nações Unidas e apresenta inaceitáveis 19,88 mortes por mil nascidos vivos. As estratégias de combate à mortalidade materno-infantil, não reduziram significativamente a mortalidade perinatal, principalmente o componente neonatal precoce (de 0 a 6 dias). Sabe-se que o desigual acesso e uso dos serviços de saúde associado à deficiente qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, são importantes causas evitáveis de mortalidade perinatal. Isso corrobora a importância das ações de Atenção Primária à Saúde.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do MS foi lançado em junho de 2000 e [...] “tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade de acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.” (SERUYA *et al.*, 2004, p.269). Segundo a Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (TANAKA *et al.*, 2008) A idéia desse programa (PHPN) surgiu a partir de discussões e ações implementadas após a observação de que quase duas décadas depois da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ainda havia muitas questões a serem enfrentadas para a real melhoria da assistência à Saúde da Mulher.

“A redução da Mortalidade Infantil faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da ONU, do qual o Brasil é signatário.” (BARRETO *et al.*, 2012, p.7).

Em 2000, Organização das Nações Unidas (ONU), depois de analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito Objetivos do Milênio – os ODM, que devem ser atingidos por todos os países até 2015. O compromisso foi firmado por 189 nações, entre elas o Brasil. [texto completo em: <http://www.odmbrasil.gov.br/noticias/2013/07/03-07-2013-resultados-e-desafios-do-brasil-para-os-objetivos-do-milenio-sao-debatidos-no-seminario-de-lancamento-do-premio-odm>]

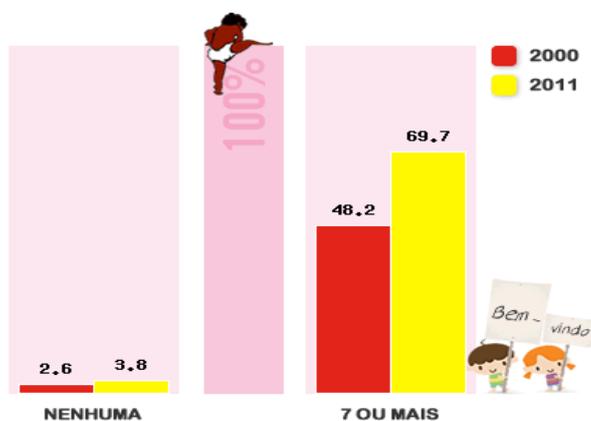
Segundo dados do site ODM Brasil, o 5º. Objetivo: melhorar a saúde da gestante é o objetivo que o país mais tem dificuldade de atingir. Apesar dos avanços, o país ainda não alcançou a meta de reduzir em dois terços as mortes maternas. Além disso, também persistem altas as taxas de gravidez na adolescência.

Segundo dados do site ODM para Mariana:

A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2011, neste município (Mariana – MG), foi de 3,8%. As gestantes com 7 ou mais consultas foram 69,7%. Em 2011, no Município, 99,8% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde.

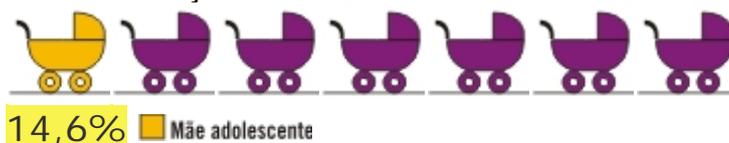
O percentual de mães com idades inferiores a 20 anos é preocupante. Na maioria dos casos, as meninas passam a enfrentar problemas e a assumir responsabilidades para as quais não estão preparadas, com graves conseqüências para elas mesmas e para a sociedade.

Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais em Mariana- MG, 2011:



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes em Mariana – MG, 2011:



Fonte: Ministério da Saúde - SINASC

Esses dados demonstram que Mariana tem enfrentado os mesmos problemas que o restante do país; ainda há muito a ser feito para melhorar o atendimento às gestantes, pois os indicadores ainda persistem insatisfatórios e eles refletem a assistência prestada.

Como diretrizes para reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu algumas recomendações; dentre as quais destacam-se a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação e no mínimo seis consultas de pré-natal; escuta ativa da mulher e seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito na consulta e as condutas a serem adotadas; atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente; estímulo ao parto normal; anamnese e exame clínico-obstétrico e exames laboratoriais.

Conforme referem vários autores (BARRETO *et al.*, 2012; CALIFE *et al.*, 2010; PINTO *et al.*, 2012; ROMANINI *et al.*, 2006), essas recomendações do MS por muito tempo foram o foco das avaliações à Atenção Pré-Natal. Todavia, uma vez que as taxas de morbimortalidade materna e neonatal persistem elevadas; a exemplo da sífilis congênita – Sabe-se que a Sífilis é uma doença de fácil diagnóstico e manejo clínico que quando negligenciada durante a gestação pode trazer graves consequências para o recém-nascido – cujas taxas ainda atingem níveis alarmantes e inaceitáveis frente a todos os avanços obtidos. Tornou-se imperativo mudar o foco, de modo a também avaliar qualitativamente a assistência prestada. Com esse objetivo ganha destaque o índice de Kessner Modificado, que analisa a qualidade do pré-natal através de categorização em três níveis complementares e de complexidade crescente, os quais são subdivididos em três níveis: 1- adequado; 2- intermediário e 3- inadequado. Essa classificação facilita a identificação da origem dos problemas existentes.

Assim o **Nível 1** relaciona-se com o início e o número de consultas: adequado – início do pré-natal antes de 14 semanas de gestação e 6 ou mais consultas de pré-natal; inadequado – início do pré-natal após a 27ª semana de gestação ou duas ou menos consultas de pré-natal; intermediário – todas as situações intermediárias entre adequada e inadequada. O **Nível 2** – relaciona-se aos exames complementares tidos como básicos: classificação sanguínea ABO-Rh, hemoglobina e hematócrito, glicemia de jejum, VDRL e urina tipo 1. Adequado – um registro de tipagem ABO-Rh, hematócrito e hemoglobina; dois registros de glicemia, VDRL e urina tipo 1. Inadequado – nenhum registro de exame laboratorial. Intermediário – quaisquer exames básicos e o **Nível 3** – avalia a utilização do cartão do pré-natal no que se relaciona a procedimentos clínico-obstétricos considerados essenciais para adequação do pré-natal: as aferições da idade gestacional, da altura uterina, da pressão arterial (PA), do peso e do edema maternos, além dos batimentos cardíacos e apresentação fetal. **Adequado** – altura uterina, idade gestacional, edema e peso, cinco ou mais registros; batimentos cardíaco-fetais (BCF), quatro ou mais registros; apresentação fetal, dois ou mais registros. **Inadequado** – duas ou menos anotações de altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema, peso e batimento cardíaco-fetal ou nenhum registro da apresentação fetal. **Intermediárias** – as demais situações (FERNANDES *apud* VALADARES NETO *et al.*, 2011).

Assim como esse estudo previamente citado, há outro semelhante para avaliar o SUS em Juiz de Fora Minas Gerais (COUTINHO *et al.* 2003) e em São Paulo (SUCCI *et al.* 2008), todos demonstram que a melhora dos parâmetros quantitativos, como número de consultas e momento da captação, foram insuficientes para efetivamente melhorar os indicadores de saúde, demonstrando que há grande influência da qualidade da assistência prestada, a qual inclusive compromete os resultados finais. Dessa forma, sugere-se aos gestores avaliarem também a qualidade da assistência prestada ao implementar ações de saúde pré-natal.

Segundo o Caderno Mortalidade Perinatal do MS (BARRETO *et al.*, 2012), conclui-se que o essencial não é o aumento ou redução do número de consultas pré-natais e sim a implementação de atividades cuja efetividade foi comprovada.

Com base em tudo que foi exposto e nos protocolos “Viva a Vida” (ROMANINI *et al.*, 2006), “Manual técnico de Pré-Natal e Puerpério” (BATISTA *et al.*, 2010) e “Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco” (PINTO *et al.*, 2012); A seguir, serão melhor detalhas as ações consideradas essenciais para melhoria da assistência.

Captação e acolhimento das gestantes:

O primeiro passo para o sucesso das ações de pré-natal é a captação e início precoce das ações de prevenção e promoção à saúde. Segundo o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, o termo acolhimento significa “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho” e acolher significa “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atendera”. Na estratégia da Atenção Básica à Saúde

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. (<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>)

O Manual técnico do Pré-Natal e Puerpério (BATISTA *et al.*, 2010) recomenda que o Acolhimento seja feito preferencialmente pelo enfermeiro que deverá aproveitar esse primeiro contato para iniciar as ações de prevenção e promoção à saúde; também poderá solicitar os primeiros exames, avaliar estado vacinal e orientações gerais. Feito esse contato inicial, deverá agendar consulta médica idealmente entre 2 e 3 semanas.

A consulta de pré-natal:

O caderno do MS sobre Mortalidade Perinatal (VILLAR *apud* BARRETO *et al.*, 2012, p.13,14) cita um grande ensaio clínico multicêntrico e controlado, que comparou dois componentes do controle pré-natal: a frequência das consultas e o tipo de profissional de saúde (médico especialista e médico generalista ou parteira); cujos resultados foram: 1)[...] “a redução moderada do número de consultas pré-natais não se associou com o aumento de resultados maternos ou perinatais adversos” e 2) “Em comparação com o controle pré-natal realizado pelo médico obstetra, as mulheres se mostraram mais satisfeitas com a atenção prestada pela parteira ou o médico generalista.”. O mesmo caderno também cita uma revisão sistemática (LAURANT *apud* BARRETO *et al.*, 2012, p.14) ao afirmar que [...] “os resultados sugerem que as enfermeiras adequadamente treinadas podem proporcionar aos pacientes a mesma atenção de alta qualidade que os médicos da atenção primária, com resultados de saúde similares.” Como riscos potenciais a mesma fonte cita uma revisão sistemática (VILLAR *apud* BARRETO *et al.*, 2012, p.14), que demonstra que o pré-natal realizado por médicos generalistas obteve maior número de apresentações fetais anômalas e menores índices de hipertensão

arterial causada pela gravidez e pré-eclâmpsia. “Isso pode significar uma menor incidência ou falha de detecção.”

O modelo de acompanhamento de pré-natal de baixo risco por médicos generalistas deve ser oferecido para as gestantes. O acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras durante o pré-natal não traz melhoria aos desfechos perinatais em comparação com o encaminhamento destas pacientes em casos de complicações durante o acompanhamento (grau de recomendação A – nível de evidência I). (PINTO *et al.*, 2012, p.45)

As atividades que demonstraram ser efetivas na sobrevida neonatal, a serem implementadas no controle pré-natal incluem: 1) suplementação de micronutrientes – ácido fólico (no período pré-concepcional, vitamina A até 10.000 UI/dia e ferro; 2) imunização antitetânica; 3) exames e tratamento de doenças infecciosas – sífilis, HIV, bacteriúria assintomática e malária; 4) prevenção - detecção precoce e tratamento de hipertensão e diabetes gestacional; e 5) suplementação de cálcio para prevenir a pré-eclâmpsia. (BARRETO *ET al.*, 2012, p.15)

Sobre o conteúdo das consultas, Barreto *et al.*(2012) propõe como umas das soluções para ampliar o impacto das ações de APS sobre a mortalidade infantil e perinatal o desenvolvimento de um Protocolo clínico para acompanhamento pré-natal na APS.

Implementar o protocolo clínico para acompanhamento pré-natal na atenção primária à saúde (APS), aplicável por médico e enfermeiro, com pacote de exames, procedimentos clínicos e imunoprevenção para o rastreamento e prevenção de patologias relacionadas com as afecções perinatais; e realizar a classificação de risco durante o acompanhamento pré-natal segundo modelo preconizado pela OMS. (BARRETO *et al.*, 2012, p.6)

Avaliação odontológica:

O estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê. Portanto, é de extrema importância que os serviços de saúde estabeleçam como rotina a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal. (BRASIL, 2006 apud PINTO *et al.*, 2012, p.143)

Segundo o Caderno de Atenção Básica (PINTO *et al.*, 2012 p. 145), o segundo trimestre é o “período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.”.

Ações Educativas:

As atividades educativas são um momento importante de promoção à saúde, fortalecimento dos vínculos e de escuta das gestantes. O manual do MS e do SUS SP não só indicam essas atividades como sugerem diversos temas importantes que devem ser abordados. Segundo o manual do MS, “As ações educativas são relevantes para esclarecer as dúvidas das mulheres e contribuir para sua adesão aos procedimentos propostos e possíveis tratamentos” (BATISTA *et al.*, 2010, p.59)

É importante que as atividades sejam registradas e incluídas como ação assistencial realizada. Tais atividades podem ser desenvolvidas na forma de discussões em grupo, rodas de conversa, dramatizações ou outros mecanismos que, de maneira dinâmica, possam facilitar a troca de experiências entre todos os envolvidos no processo. (BATISTA *et al.*, 2010, p.59)

O puerpério:

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº. 38 (PINTO *et al.*, 2012) e o Caderno de Atenção à Gestante e Puérpera (BATISTA *et al.*, 2010), já durante as ações da primeira semana, deverá ser agendada a consulta puerperal, [...] “idealmente 42 dias após o parto, no máximo 60 dias, para mulheres que estão amamentando, e 30-42 dias para mulheres que não estiverem amamentando.” (BATISTA *et al.*, 2010, p.204). É importante durante essa avaliação atentar para o estado emocional da gestante para identificar e tratar precocemente os casos de depressão pós-parto, assim como outros fatores de risco para ela e o recém-nascido.

5.2 PLANO DE AÇÃO:

Na UAPS de Passagem de Mariana a Assistência pré-natal está em fase de transição. Inicialmente era feita exclusivamente pela médica da equipe, sendo as gestantes captadas pelas ACS ou a partir de livre demanda. O controle do calendário de consultas, exames, avaliação nutricional e do estado vacinal ficavam a cargo exclusivamente da médica assistente, ficando também a cargo desta a realização do exame obstétrico e ginecológico até 36 semanas de gestação, quando as gestantes eram referenciadas a um obstetra em Mariana e ficavam sob os cuidados dele até o parto e retorno na primeira semana de puerpério quando recebem alta. Há cerca de quatro meses, a assistência pré-natal tem sido realizada pelo médico obstetra desde a captação da gestante, ficando sob responsabilidade da médica assistente apenas aquelas gestantes previamente acompanhadas. As gestantes de alto risco, menores de 15 anos e algumas em situações especiais _ local de trabalho, preferência pessoal e etc_ fazem o acompanhamento obstétrico em Mariana.

Sistematização do Atendimento às Gestantes da UAPS Passagem de Mariana:

- A captação das gestantes deverá ser feita por meio da procura espontânea ou busca ativa. A busca ativa, inclusive com visita domiciliar também poderá ser feito em caso de gestantes faltosas ou refratárias a iniciar o pré-natal.
- O acolhimento, primeira consulta e solicitação de exames iniciais deverá ser feito pela enfermeira, que ficará responsável também por agendar a consulta médica em um prazo de 2 a 3 semanas.
- As consultas de pré-natal serão intercaladas entre médico e enfermeiro. Deverá ser seguido um protocolo de acompanhamento. Sugiro o Caderno 8 MS.
- A cada consulta será avaliado o risco gestacional, devendo ser encaminhadas ao médico obstetra apenas os casos de alto risco ou que gerarem dúvidas.
- Deverá ser definido um dia e turno, semanalmente, na agenda apenas para atendimento às gestantes, por exemplo, toda terça de manhã. Dessa forma, enquanto aguardam o atendimento, as gestantes serão convidadas a participar de um grupo operativo dirigido pelo médico ou enfermeiro. Assim na semana em que as gestantes estiverem sendo avaliadas pelo médico o grupo será organizado pelo enfermeiro e vice versa. Desses grupos também deveram participar as gestantes referenciadas a outros serviços.
- Ao final do primeiro trimestre, ou antes, em caso de urgência, as gestantes deverão ser encaminhadas para avaliação odontológica.
- Durante as ações pediátricas da primeira semana deverá ser agendada a consulta puerperal, sendo feita a busca ativa das pacientes que não comparecerem.
- Deverão ser realizadas reuniões mensais com a equipe para avaliar as ações realizadas e programar outras. É importante atentar também para a busca frequente de capacitação e reciclagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Oferecer Assistência Pré-Natal de forma qualificada e com potencial de modificar os desfechos perinatais é um desafio que deve ser assumido e enfrentado pela ESF de forma contínua e crítica, pois significa muito mais que apenas garantir o acesso às consultas médicas; apenas até o parto ou no máximo primeira semana de puerpério. A Assistência Pré-Natal para ser verdadeiramente efetiva deve envolver toda a equipe multidisciplinar, incluir ações de prevenção e promoção à saúde e ser padronizada, de forma a garantir o acesso do binômio mãe-feto a todas as ações comprovadamente benéficas e necessárias.

A atenção à saúde das gestantes na UAPS Passagem de Mariana está em fase de transição, o presente trabalho buscou – por meio da problematização, pesquisa literária e discussão com a equipe – aproveitar esse momento para sugerir e por em prática, alterações de fácil execução e comprovado benefício para a comunidade. Algumas já foram iniciadas, todavia, não haverá tempo hábil para participar da execução de todo esse trabalho. Apesar disso, a execução é plenamente possível, pois sua criação envolveu a equipe como um todo. “Sonho que se sonha só é só um sonho, mas sonho que se sonha junto é realidade”.

REFERÊNCIAS:

1. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010
2. <http://www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/mg/mariana>
3. <http://www.odmbrasil.gov.br/noticias/2013/07/03-07-2013-resultados-e-desafios-do-brasil-para-os-objetivos-do-milenio-sao-debatidos-no-seminario-de-lancamento-do-premio-odm>
4. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)
5. SERRUYA, S.J. et. al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (3): 269-279, jul. / set., 2004
6. Síntese de evidências para políticas de saúde : mortalidade perinatal. — Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 43 p. — (Série B. Textos Básicos de Saúde)
7. VALADARES NETO, J. D. et al. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde, Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.2, p.40-45, Abr-Mai-Jun. 2011
8. Atenção à saúde da gestante em APS / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. 240 p.: il.: 30 cm.
9. Assistência integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera: protocolo/. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde-- 1. ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2006.
10. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.
11. Conversando com a gestante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 05 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Cadernos n. 8)
12. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento/ Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, Rev Saúde Pública 2008;42(2):383-7
13. COUTINHO, T. et. al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. RBGO - v. 25, nº 10, 2003.

14. SERRUYA, S. J. et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004
15. SUCCI, R. C. M. et al. Avaliação da Assistência Pré-Natal em unidades básicas do município de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem 2008 novembro-dezembro; 16(6) www.eerp.usp.br/rlae
16. SCHOEPS, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Rev Saúde Pública 2007;41(6):1013-22.
17. SCOCHI, M. J. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. Maringá, v. 24, n. 3, p. 803-809, 2002
18. Planejamento e avaliação das ações em Saúde – Francisco Carlos Cardoso de Campos, Horácio Pereira de Faria, Max André dos Santos. – 2ª. Ed. – Belo Horizonte; Nescon-UFMG, 2010

FICHA DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL:

(Baseado no Caderno de Atenção Pré-natal SES SP)

IDENTIFICAÇÃO:

RG ; Identificação: _____
 Nome: _____ SIS Pré-natal: _____
 Cartão SUS: _____ Idade: _____
 Cor (por autodeterminação): __ Branca __ Preta __ Parda __ Amarela __ Indígena
 Alfabetizada: __ Sim __ Não Estado Civil: __ Casada __ União Estável __ Solteira __ Outro

Endereço: _____
 No. _____ Complemento: _____ Cidade: _____
 UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
 Nome do acompanhante para o parto: _____
 Maternidade de Referência: _____
 Responsável pelo registro: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (HAS; DIABETES MELLITUS; CANCER E ETC.)

ANTECEDENTES PESSOAIS (EMOCIONAIS; SOCIOCULTURAIS E OCUPACIONAIS; HAS; DM II; CANCER; CARDIOPATIAS; PNEUMOPATIAS; INTERNAÇÕES; TRANSFUSÕES; HÁBITOS; VÍCIOS E ETC.)

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Menarca: _____ DUM: _____ DPP: ____ - ____ - ____
 DUM Confirmada por USG: __ Sim __ Não
 Ciclos regulares: __ Sim __ Não Método de contracepção: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Gestações: _____

Partos: _____
 Normais: _____
 Cesarianas: _____
 Fórceps: _____
 Abortos: _____
 Espontâneos: _____
 Provocados: _____

Recém Nascidos:

Peso: < 2500g _____
 > 4000g _____

Mal formações: _____

Prematuros: _____

Natimortos: _____

Neomortos: ____ < 1sem ____ > 1sem ____

DADOS RELEVANTES DO EXAME FÍSICO GERAL E TOCOGINECOLÓGICO:

Altura: _____ IMC (1ª. Consulta): _____

Exame odontológico: ___ Normal ___ Alterado: _____

Exame de Mamas: ___ Normal ___ Alterado: _____

Inspeção cervical: ___ Normal ___ Alterado: _____

	Data	Idade Gestacional	Pressão Arterial	Peso	Edema	BCF	Retorno
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
	Altura Uterina	Apresentação	Movimentos Fetais	Conduta	Diagnóstico	Profissional	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							