

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

CRISTINE MEDEIROS MARCELOS

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO PSF VILA VIEIRA DA
CIDADE DE PADRE PARAÍSO-MG: SUBSÍDIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM
PLANO DE AÇÃO E DE ACONSELHAMENTO EM SAÚDE**

**TEÓFILO OTONI, MG
MAIO/2014**

CRISTINE MEDEIROS MARCELOS

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO PSF VILA VIEIRA DA CIDADE
DE PADRE PARAÍSO, MG: SUBSÍDIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO
DE AÇÃO E DE ACONSELHAMENTO EM SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin

TEÓFILO OTONI, MG

MAIO/2014

CRISTINE MEDEIROS MARCELOS

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO PSF VILA VIEIRA DA CIDADE
DE PADRE PARAÍSO, MG: SUBSÍDIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO
DE AÇÃO E DE ACONSELHAMENTO EM SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA:

Fabio Scorsolini-Comin

Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me proporcionado a sorte de cursar esta especialização e de ter realizado mais um objetivo em minha vida.

Ao enfermeiro Márcio Adriano, pelo incentivo e pelo apoio constante na realização deste trabalho.

Ao PSF Vila Vieira pelo apoio e compreensão durante todo o curso.

Ao professor Bruno Leonardo de Castro Sena e ao Orientador Dr. Fabio Scorsolini-Comin por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que mim levou a execução deste trabalho e aos tutores durante todos os módulos, o meu muito obrigado.

RESUMO

A avaliação em saúde tem se desenvolvido como um campo de conhecimento teórico, prático e metodológico, servindo como ferramenta fundamental para um bom planejamento de saúde e a avaliação da assistência do pré-natal é uma das ferramentas que nos ajuda na realização de um planejamento correto para esse fim. O objetivo deste estudo foi avaliar a assistência prestada às gestantes da ESF da Vila Vieira, município de Padre Paraíso, Estado de Minas Gerais, e elaborar um plano de ação para melhoria do seu atendimento. Foi realizada uma coleta de dados sobre a avaliação da assistência à gestante do PSF Vila Vieira. Os dados foram coletados dos prontuários das 60 gestantes do PSF Vila Vieira que realizaram o pré-natal no ano de 2012. O resultado da pesquisa mostrou que apenas 49,8% das gestantes realizaram as 7 consultas preconizadas pelo Ministério de Saúde (PNHPN), sendo esse valor inferior ao esperado pelos programas nacionais, 83% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, resultado esse considerado bom, mais que não atingiu o valor ideal, 57,6% das gestantes estavam com vacinas em dia e não alcançou o valor estimado e 11,8% realizaram todos os exames básicos que são preconizados durante o pré-natal, um valor considerado muito baixo. Diante o resultado notou-se que há uma grande necessidade de melhoria na prestação da assistência às gestantes acompanhadas na Unidade do PSF Vila Vieira, pois um pré-natal de qualidade proporciona o nascimento de uma criança saudável e garante o bem-estar para mãe e o bebê. Sendo um resultado não muito bom em relação à assistência pré-natal no PSF Vila Vieira, foi elaborado um plano de ação com as gestantes, com intuito de melhorar essa assistência, onde foi desenvolvidas muitas estratégias, como: treinamento com os ACS, reunião quinzenal, grupo operativo e aconselhamento em saúde. A implementação e avaliação desse plano de ação poderá ampliar o número de atendimentos em pré-natal, desde que as estratégias desenvolvidas possam se aliar a campanhas de educação em saúde permanentes no município e na região atendida pelo PSF.

Palavras-chave: Assistência Pré-natal. Saúde da gestante. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

A health assessment has developed as a field of theoretical, practical and methodological knowledge, serving as a key tool for good health planning and evaluation of prenatal care is one of the tools that helps us in achieving a proper planning for this purpose. The aim of this study was to evaluate the care provided to pregnant women in the PSF Vila Vieira (Padre Paraíso, Minas Gerais, Brazil), and develop a plan of action for improving their service. Collecting data on the assessment of prenatal care PSF Vila Vieira was performed. Data were collected from medical records of the 60 patients who underwent PSF Vila Vieira prenatal care in 2012. The survey results showed that only 49.8% of pregnant women received 7 visits recommended by the Ministry of Health (PNHPN) is lower than the value expected by national programs, 83% began prenatal care in the first quarter, a result considered good, most did not reach the optimal value, 57.6% of pregnant women were with vaccines on time and did not reach the value ships and 11.8% had all the basic tests that are recommended during the prenatal period, a figure considered too low. Before the result was noted that there is a great need for improvement in the provision of assistance to pregnant women followed in the PSF Vila Vieira because prenatal quality provides the birth of a healthy child and ensures the welfare of mother and baby. Being a not very good result for prenatal care in the PSF Vila Vieira, an action plan was drawn up with the pregnant women, in order to improve this care, which was developed many strategies, such as training with ACS, fortnightly meeting, operative group and counseling in health. The implementation and evaluation of this policy may increase the number of prenatal visits, provided that strategies can be developed to combine the education campaigns permanent health in the city and region served by the PSF.

Keywords: Prenatal care. Health of pregnant women. Health Evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

ACD- Atendente de Consultório Dentário

APAE- Associação de pais e amigos dos Excepcionais

ECM- Exame Clínico das Mamas

ESB- Equipe de Saúde Bucal

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

LILACS- Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde

PA- Pressão Arterial

PCE- Programa de Controle de Esquistossomose

PDR- Plano Diretor de Regionalização

PNHPN- Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da saúde

PSF- Programa Saúde da Família

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SciELO- *Scientific Electronic Library Online*

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UAPS- Unidade de Atenção Primária a Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1-	Localização Geográfica do Município de Padre Paraíso MG -----	09
TABELA 1-	População Residente por faixa Etária e Sexo, Padre Paraíso MG, 2012. -----	11
TABELA 2-	Principais Causas de Mortalidade Infantil, segundo grupo de causas do CID 10. Padre Paraíso MG, 2008 a 2011-----	12
TABELA 3-	Principais Causas de Mortalidade Infantil, segundo lista de morbidade do CID 10. Padre Paraíso, 2008 a 2011-----	13
TABELA 4-	Freqüência e proporção de óbitos infantis segundos os componentes neonatal e pós-neonatal. Padre Paraíso MG -----	13
TABELA 5-	Proporção de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer. Padre Paraíso MG -----	14
TABELA 6-	Perfil demográfico, PSF Vila Vieira. Padre Paraíso MG, 2012 ----	15
TABELA 7-	07- População por sexo, ESF Vila Vieira. Padre Paraíso MG, 2012 -----	15
TABELA 8-	Perfil Assistência das Crianças do PSF Vila Vieira, 2012. Padre Paraíso MG -----	16
TABELA 9-	Perfil Assistência das Gestantes do PSF Vila Vieira, 2012. Padre Paraíso MG -----	17

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1-	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal. PSF Vila Vieira – Padre Paraíso MG, 2012.	27
GRÁFICO 2-	Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre. PSF Vila Vieira – Padre Paraíso MG, 2012.	28
GRÁFICO 3-	Gráfico 3 : Proporção de gestantes com vacinas em dias. PSF Vila Vieira Padre Paraíso MG, 2012.	29
GRÁFICO 4-	Proporção de gestantes com todos os exames básicos realizados durante o pré-natal. PSF Vila Vieira – Padre Paraíso MG, 2012.	29

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	11
1.1 – Localização	11
1.2 História da Cidade	11
1.3 – O sistema de Saúde de Padre Paraíso	12
1.3.1 – Mortalidade Infantil	12
1.3.2 Nascidos Vivos	14
1.4 - Diagnóstico do PSF da Vila Vieira	15
1.4.1 - Principais problemas identificados	18
2 - JUSTIFICATIVA	20
3 - OBJETIVOS	21
3.1 - Objetivo geral	21
3.2 - Objetivos Específicos	21
4 – REFERENCIAL TERICO	22
-	
5 – MÉTODO	26
6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
7 – PLANO DE AÇÃO	31
8 - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO	33
REFERÊNCIAS	34

1- INTRODUÇÃO

1.1– Localização

O município de Padre Paraíso está situado no Nordeste do Estado de Minas Gerais, na região do Médio Vale do Rio Jequitinhonha a 930 metros de altitude. Sua superfície total é de 543, 942 km². Tem um clima tropical com temperaturas médias de 24°C e a pluviosidade média ronda os 900 mm. Limita-se entre os municípios de Araçuaí, Caraí, Ponto dos Volantes e Novo Horizonte. Dista 538 km de Belo Horizonte, 1276 km de Brasília, 850 km do Rio de Janeiro e 100 km de Teófilo Otoni, cujo acesso é através da BR-116 – Rio-Bahia, estrada asfaltada. Foi emancipado em 31 de dezembro de 1962, possuindo hoje 50 anos.

Figura 1 - Localização geográfica do Município de Padre Paraíso MG



Fonte: Atlas Escolar de Padre Paraíso MG, 2012

1.2 História da Cidade

Na segunda metade do séc. XIX, o Padre Agostinho Francisco de Mendonça Paraíso chega à região empenhado em catequizar os índios botocudos. Posteriormente, estabelece-se como fazendeiro de cacau, às margens do rio Marambaia, iniciando assim o desbravamento e povoamento desta área. Em 1902, forma-se o povoado na confluência dos córregos Água Vermelha e São João, com a denominação de São João da Água Vermelha, alterada em 1948, para Padre Paraíso. Em 1962, é elevado à categoria de município.

**Tabela 1 - População Residente por Faixa Etária e Sexo,
Padre Paraíso MG, 2012**

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	134	130	264
1 a 4 anos	663	559	1222
5 a 9 anos	967	879	1846
10 a 14 anos	1076	1059	2135
15 a 19 anos	929	964	1893
20 a 29 anos	1437	1583	3020
30 a 39 anos	1268	1218	2486
40 a 49 anos	1075	1042	2117
50 a 59 anos	704	840	1544
60 a 69 anos	619	715	1334
70 a 79 anos	400	418	818
80 anos e mais	166	212	378
Total	9.438	9.619	19.057

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, março de 2013

1.3 O sistema de saúde de Padre Paraíso

O PDR é um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial. No Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais a Microrregião de Padre Paraíso é constituída pelos municípios de Caraí, Catuji Itaipé e Padre Paraíso, sendo este último o município polo. A referência macrorregional é o município de Teófilo Otoni. A rede de Assistência à Saúde do Município conta com os seguintes pontos de Atenção: 7 ESF e 7 ESB, com cobertura de 100% da população do município. Estas Equipes funcionam como porta de entrada prioritária para a população, após atendimento prévio e os casos mais complexos são encaminhados para os outros setores da Rede de Atenção à Saúde Local. Está implantado em todas as ESF o Protocolo de Manchester com a realização da classificação de risco dos pacientes que chegam por demanda espontânea.

O Centro de Controle de Endemias tem como principal objetivo a Prevenção das Doenças Endêmicas principalmente a Dengue, Esquistossomose e Doença de

Chagas. Quanto ao Apoio Diagnóstico a SMS mantém convenio com o Laboratório Marconi, disponibilizando os exames básicos de **Patologia Clínica**. Há disponível serviço de Radiodiagnóstico, ultrassonografia, endoscopia, EEG e ECG. Dando suporte à Rede de Atenção Primária o município possui um **Centro de Especialidades Médicas** oferecendo as seguintes especialidades: cardiologia, urologia, gastroenterologia, neurologia, otorrinolaringologia, Pediatria, ginecologia e ortopedia.

Além dos atendimentos listados anteriormente, contratados pelo município, outras especialidades médicas são disponibilizadas à população através do **Consórcio Intermunicipal de Saúde entre Vales Mucuri e Jequitinhonha (CIS/ EVMJ)** – Teófilo Otoni e o Centro Viva Vida de Referência Secundária e centro Hiperdia. A Rede de Urgência/ Emergência do município de Padre Paraíso conta com uma Base do SAMU, para atendimento pré-hospitalar e o Hospital Nossa Senhora Mãe da Igreja como referência.

1.3.1 – Mortalidade Infantil

Tabela 02 - Principais Causas de Mortalidade Infantil, segundo grupo de causas do CID 10. Padre Paraíso MG, 2008 a 2011.

Lista Mort CID-10	2008	2009	2010	2011	Total
Algumas afecções originadas no período perinatal	5	5	1	3	14
Sintomas, sinais e achados anormais de exa clín	1	1	-	1	3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	1	-	-	2
Doenças do aparelho respiratório	1	-	1	-	2
Malformações congênitas, deformidades e anomal	-	2	-	-	2
Total	8	10	2	5	25

Fonte: SIM/MS, dezembro de 2013.

No período de 2008 a 2011 os principais grupos de causas de mortalidade infantil foram as Afecções originadas no período perinatal com (56,0%), sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial (12,0%).

Tabela 03 - Principais Causas de Mortalidade Infantil, segundo lista de morbidade do CID 10. Padre Paraíso, 2008 a 2011.

Lista Mort CID-10	2008	2009	2010	2011	Total
. Septicemia bacteriana do recém-nascido	3	3	-	1	7
. Outras afecções respiratórias do recém-nascido	2	-	-	1	3

. Pneumonia	1	-	1	-	2
. Síndrome da morte súbita na infância	1	1	-	-	2
. Septicemia	-	1	-	-	1
Total	8	10	2	5	25

Fonte: SIM/MS, março de 2013.

As principais causas de mortalidade infantil foram as septicemias bacterianas (28%) seguido de outras afecções respiratórias do RN (12%) e pneumonias (8%). As três juntas corresponderam a 48% da mortalidade infantil nos últimos 4 anos.

Tabela 04 - Frequência e proporção de óbitos infantis segundo os componentes neonatal e pós-neonatal. Padre Paraíso MG

Faixa etária	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
0 a 6 dias	7	1	2	1	2	13	36,1
7 a 27 dias	-	3	4	0	1	8	22,2
28 a 364 dias	4	4	4	1	2	15	41,7
Total	11	8	10	2	5	36	100,0

Fonte: DATASUS/ SIM

Observa-se que houve uma queda na mortalidade infantil a partir de 2007, passando de 11 óbitos em 2007 para 5 óbitos em 2011. Segundo os componentes da mortalidade infantil, nos últimos 5 anos os óbitos se concentraram no componente pós-neonatal (em média 41,7% dos óbitos infantis) seguido do componente neonatal precoce (36,1%) e neonatal tardio (22,2%).

1.3.2 Nascidos Vivos

Tabela 05 – Proporção de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer. Padre Paraíso MG

	2007	2008	2009	2010	2011
Total Nasc Vivos	414	325	299	279	287
Prop. Baixo peso	4,8	8,0	5,0	7,9	7,0

Fonte: DATASUS/ SINASC

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer vem se mantendo estável de 2007 a 2011.

1.4 - Diagnóstico do PSF da Vila Vieira

O PSF Vila Vieira está situado na rua Lopes Dias, nº 588, bairro Vila Vieira. Possui atualmente 689 famílias e 2480 pessoas cadastradas. Sua área de

abrangência é basicamente urbana possuindo apenas uma comunidade rural (Manoel Dias). O seu horário de funcionamento é de 7h às 12h e das 14h às 17h. A Equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de dentista e um auxiliar de serviços gerais.

São realizadas ações básicas como Assistência à Saúde da Criança, dando ênfase ao acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Assistência aos Hipertensos e Diabéticos – grupo operativo, atendimento médio e de enfermagem; Ações de Prevenção do Câncer de Mama e Colo Uterino – coleta de Papanicolaou, e realização de ECM e mamografias; Assistência ao Planejamento Familiar com distribuição de métodos contraceptivos e ações de promoção da saúde; Assistência Materno-infantil – acompanhamento pré-natal com realização de grupo de gestantes e consulta médica e de enfermagem.

Na Área do PSF Vila Vieira não há grandes problemas quanto à estrutura do saneamento básico. Praticamente todas as ruas possuem rede de esgoto e abastecimento de água tratada (COPASA). Em alguns pontos as famílias utilizam de poço artesiano e recebem água de nascentes, contudo a água destas fontes não é utilizada para consumo e sim para atividades como: lavagem de roupas e limpeza das casas em geral. Há coleta de lixo regular na área de abrangência.

O maior problema verificado é a falta de conscientização de algumas famílias quanto a higiene do lar e ambiental. Muitos depositam o lixo em locais inapropriados, mantêm suas casas e arredores sem limpeza adequada. Muitos terrenos baldios não são capinados o que favorece o acúmulo de lixo e fontes de depósito de água parada favorecendo a infestação por mosquitos (principalmente o da dengue).

Tabela 06- Perfil demográfico, PSF Vila Vieira. Padre Paraíso MG, 2012

Faixa etária	Total	%
Menores de 1 ano	57	2,3
1 a 4 anos	128	5,2
5 a 9 anos	213	8,6
10 a 19 anos	488	19,8
20 a 59 anos	1264	51,2
60 e mais	319	12,9

Total Geral	2469	100,0
--------------------	-------------	--------------

Fonte: Ficha A da UBS, dez 2012

Tabela 07- População por sexo, ESF Vila Vieira. Padre Paraíso MG, 2012

Sexo	Nº	%
Masculino	1186	48,0
Feminino	1280	52,0

Fonte: Ficha A da UBS, dez 2012

A maioria da população é do sexo feminino (52,0%). Os adolescentes e adultos representam 19,8% e 51,2% da população; sendo 12,9% de idosos. Foram verificadas no ano de 2013, 29 famílias em situação de extrema pobreza, representando 3,8% das famílias cadastradas. Em 106 famílias o chefe era analfabeto, representando 13,9%.

A equipe tem encontrado muita dificuldade para traçar o perfil sócio econômico da população; a maioria não aceita informar sua renda ou informam um valor aquém do real. Mas superficialmente não verificamos muitas famílias passando fome ou em situação de miséria. 35 famílias (1,44%) possuem plano de saúde, mas praticamente 100% da população é usuária do SUS. Não verificamos na área um grande número de famílias com Alto Risco, apenas 15 (2%), 73 famílias (9,6%) são de Médio Risco. A experiência da equipe em classificar o grau de risco familiar ainda é pequena, é preciso mais treinamento e prática para melhoria deste indicador.

**Tabela 08- Perfil Assistência das Crianças do PSF Vila Vieira, 2012.
Padre Paraíso MG**

CRIANÇA (0 A 9 ANOS)	Total	%
Nº Nascidos vivos	59	100,0
Nº de crianças nascidas com baixo peso, no último ano	2	3,9
Nº de crianças nascidas com prematuridade, no último ano	2	3,9
Menores de 5 anos	184	100,0
Nº de crianças menores de 5 anos com desnutrição moderada ou grave cadastradas no acompanhamento no último ano	2	1,1
Nº de crianças menores de 5 anos com doença respiratória moderada ou grave cadastradas no acompanhamento no último ano *	5	2,7
Crianças < 4 meses com Aleit. Materno Exclusivo	--	88,9
Nº de mortes de crianças < de 1 ano/ 1.000 nv	0	0,0

Fonte: SIAB Municipal/ Arquivo da UBS, 2012

No ano de 2012 nasceram 59 crianças, destas 3,4% foram com baixo peso e 3,9% foram partos prematuros. Não houve registro de óbito infantil. A proporção de < de 4 meses em aleitamento exclusivo em 2012 foi de 88,9%.

**Tabela 09- Perfil Assistência das Gestantes do PSF Vila Vieira, 2012.
Padre Paraíso MG**

GESTANTES	Total	%
Cadastradas no início do ano	35	----
INCLUSÕES	60	100,0
Inclusões de adolescentes (10 a 19 anos)	15	25,0
Inclusões de gestante de Risco Habitual	NA	NA
Inclusões de gestante de Alto Risco	NA	NA
SAÍDAS	68	100,0
Abortos	1	1,5
Mudaram	8	11,8
Partos	59	100,0
Prop. de gestantes. c/ vacinas em dias.	30	51,0
Gestantes c/ 7 ou + consultas de PN	27	45,7
Gestantes c/ 2 ou + VDRL no PN	20	33,9
Nº de mortes maternas	0	0,0

Fonte: Arquivo da UBS

Em 2012 foram cadastradas 60 novas gestantes na UBS, destas 15 (25%) foram adolescentes. Houve 59 partos e um aborto. A proporção de gestantes com vacinas em dias foi de 51%. Quanto ao número de consultas de Pré-natal, apenas 45,7% realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal em 2012 e a proporção de gestantes que realizaram 2 VDRL foi de apenas 33,9%. Não houve óbito materno. Percebe-se que existe nesta UBS um baixo índice de gestantes que realizam 2 VDRL e o número de consultas de pré-natal está baixo o que pode influenciar negativamente na assistência pré-natal.

1.4.1 Principais problemas identificados

Após a realização do diagnóstico situacional do PSF Vila Vieira foram identificados alguns problemas como: (a) Gravidez em menores de 20 anos; (b) Dificuldade de adesão dos hipertensos ao tratamento; (c) Dificuldade de aceitação da doença e adesão ao tratamento para diabetes; (d) Dificuldade de adesão ao

acompanhamento de pré-natal; (e) Dificuldade para realizar dois exames de VDRL durante o período gestacional.

Dentre todos os problemas identificados o de maior relevância foi os relacionados à Assistência Pré-natal, nota-se que não há um acompanhamento adequado das gestantes, uma vez que o mesmo “pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê” (DOMINGUES et al., 2012, p. 425).

Uma assistência pré-natal inadequada pode causar problemas de saúde que atinge a mãe e o bebê como doenças, infecções e disfunções, além de levar ao índice de morbimortalidade materno-infantil. Segundo Victora (2001), “estima-se que um quarto dos óbitos infantis e a quase totalidade dos óbitos maternos decorram da prestação de cuidados inadequados desde o início da gestação até o pós-parto” (p. 43).

Em vista dos grandes problemas que podem causar um acompanhamento inadequado do pré-natal, faz-se necessário que os profissionais de saúde conheçam sobre o que está acontecendo com a assistência pré-natal na equipe, para que possam atuar de maneira efetiva na solução dos problemas, dando ênfase aos critérios preconizados pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PNHPN, 2000).

2 - JUSTIFICATIVA

A avaliação em saúde tem se desenvolvido como um campo de conhecimento teórico, prático e metodológico, servindo como ferramenta fundamental para um bom planejamento de saúde e a avaliação da assistência do pré-natal é uma das ferramentas que nos ajuda na realização de um planejamento correto para esse fim.

Uma assistência de pré-natal e puerperal bem feita e com humanização acontece por meio de condutas acolhedoras, de fácil acesso aos serviços de saúde, realizando ações como: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial até ao atendimento hospitalar (BRASIL, 2006, p.10).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Os serviços e os profissionais de saúde têm o dever de acolher com dignidade, humanidade e qualidade a mulher e o recém-nascido, garantindo os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos que são necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal.

Pressupõe-se que devido à dificuldade de adesão ao acompanhamento de pré-natal e dificuldade para realizar dois exames de VDRL durante o período gestacional, as gestantes podem não estar realizando um pré-natal de qualidade, o que se faz necessário realizar esse estudo da assistência pré-natal no PSF.

3- OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

Avaliar a assistência prestada às gestantes da ESF da Vila Vieira e elaborar um plano de ação para melhoria do seu atendimento.

3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a média de consultas de pré-natal realizada pelas gestantes;
- Verificar a proporção de gestantes que realizam os exames básicos durante o pré-natal;
- Verificar a proporção de gestantes vacinadas;
- Avaliar a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre.

4- REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo o Departamento da Atenção Básica (2005), o Ministério da Saúde foi instituído no dia 25 de julho de 1953, com a lei nº 1920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. O Ministério da Saúde realiza várias ações e programas, e dentre estes criou o PNHPN (Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde), que foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto (BRASIL, 2006).

O PNHPN tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. (BRASIL, 2006). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 5-6):

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com freqüência acarretam maiores riscos para ambos.

Segundo o PNHPN (2006), para que toda gestante e puérpera tenha um adequado acompanhamento do pré-natal é necessário realizar algumas atividades básicas como: realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, realizar no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação, realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o

nascimento, realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta, oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes, aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, realização de atividades educativas, classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes, garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

A assistência pré-natal é um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões, de forma individualizada e/ou coletiva, valorizando a subjetividade de cada mulher e as experiências pregressas pelas quais tenha passado, pois a cada período gestacional o universo feminino se reinventa (ALVES et al., 2007). A atenção pré-natal deve acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao final, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar familiar (BRASIL, 2005).

Para Nascimento et al. (2007), a falta ou assistência inadequada durante o pré-natal podem trazer graves consequências para a saúde da mãe e do feto. O Ministério da Saúde (Brasil, 2005), diz que todas as gestantes devem ser acompanhadas no pré-natal, pois cada gestação é singular e vivida e de forma diferente. Sendo assim, o serviço pré-natal deve oferecer uma assistência detalhada, de modo que as mulheres possam compreender todos os aspectos de como lidar com as emoções e frustrações típicas desta fase.

Para adequado acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde realize correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante o exame clínico e obstétrico nas consultas de pré-natal, possibilitando o acompanhamento da gestação e garantindo o atendimento qualificado e humanizado (BRASIL, 2005). O principal objetivo do pré-natal é que a gravidez chegue ao final com o bebê e gestante saudáveis. Portanto assegurar um pré-natal com início precoce e com uma

frequência satisfatória de consultas representa importante componente da assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (BONILHA et al., 2010).

O pré-natal qualificado é aquele em que a mulher grávida e o recém-nascido recebem atendimento adequado durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto, o período pós-parto e o neonatal, independente do local de atendimento: quer seja no domicílio, no centro de saúde ou no hospital. A gestante e sua família devem receber o cuidado não limitado apenas a procedimentos clínicos, mas um conjunto de ações com vistas à promoção de sua saúde, por meio da educação em saúde, do acolhimento, do vínculo de confiança, entre outras tecnologias de forma a desenvolver a autonomia da mulher para o seu auto cuidado (DUARTE, 2010).

De acordo Mendonza et al (2010), a atenção adequada no pré-natal pode evitar importantes desfechos negativos na mãe e no recém-nascido, como complicações obstétricas, retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a diminuição não só da morbidade como da mortalidade materna e infantil.

No que se refere à gestação, o acompanhamento pré-natal de qualidade configura ação eficaz para detecção precoce e tratamento de Intercorrências de saúde materna, colaborando para a redução de riscos tanto para a gestante quanto para o concepto. O acesso a uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade é fundamental para a promoção da saúde materna e neonatal, bem como para a diminuição das taxas de morbimortalidade correlatas, como a taxa de mortalidade materna (BRASIL, 2005).

Assim sendo, o Ministério da Saúde preconiza que a atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal seja marcada pela humanização e qualidade da assistência prestada. Isso requer que os profissionais envolvidos com a atenção obstétrica incorporem condutas respaldadas pelo acolhimento, possibilitem o acesso das gestantes a serviços de saúde, com ações prioritárias que perpassem todos os níveis de atenção à saúde primária e terciária. Nesse sentido ressalta-se a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante desde o atendimento ambulatorial até o nível hospitalar no momento do parto. (BRASIL, 2005).

5- MÉTODO

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foram feitas buscas sobre o tema em sites como SciELO, LILACS, Revista de Saúde Pública e Biblioteca Virtual em Saúde sobre Assistência Pré-Natal, usando os descritores: “assistência pré-natal”, “saúde da gestante”, e “avaliação em saúde”.

O presente trabalho foi realizado no PSF Vila Vieira, situado em Padre Paraíso, cidade do Nordeste Mineiro, no Vale do Jequitinhonha, MG. É um estudo de natureza transversal, quantitativo e exploratório, retrospectivo das gestantes atendidas pela Equipe de Saúde da Família Vila Vieira, no período de janeiro à dezembro de 2012.

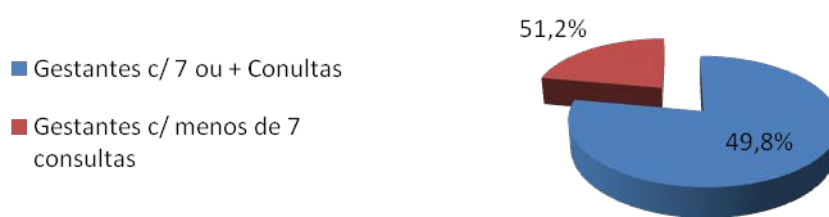
Foram utilizados dados secundários provenientes dos prontuários das gestantes que concluíram o pré-natal no período correspondente. A avaliação da assistência pré-natal foi realizada com base nos critérios do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PNHPN, 2000).

A população estimada para o presente estudo é de 60 gestantes, onde foram avaliados os prontuários das mesmas que realizaram o pré-natal no de 2012 e através desta avaliação realizar um trabalho com as gestantes para proporcionar melhoria a assistência pré-natal. Os dados foram processados e analisados no Programa Microsoft Excel 2010.

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização do estudo contou-se com dados provenientes dos prontuários das 60 gestantes que concluíram o pré-natal no período de Janeiro a Dezembro de 2012 do PSF Vila Vieira, situado em Padre Paraíso, cidade do Nordeste Mineiro, no Vale do Jequitinhonha, MG. Ao realizar a avaliação da assistência à gestante no PSF Vila Vieira, foram identificadas as seguintes situações:

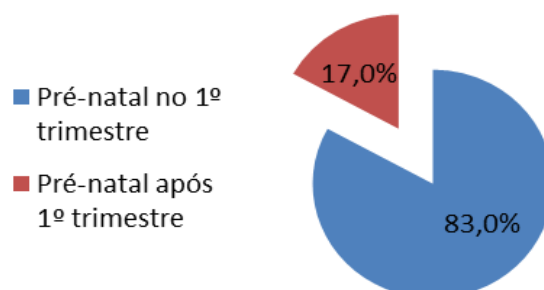
Gráfico 1: Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal. PSF Vila Vieira – Padre Paraíso MG, 2012.



Fonte: prontuários da UBS/ 2012

Nota-se que o número de consultas realizadas durante o pré-natal apresentou uma baixa proporção de gestantes que realizaram as 7 consultas preconizados pelo Ministério da Saúde (PNHPN). Apenas 49,8% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal (Gráfico 1), valor inferior ao esperado pelos programas de saúde nacionais. Esta baixa cobertura de consultas prejudica o acompanhamento adequado das gestantes inviabilizando a assistência. A meta Brasil para o Ano de 2012 era de no mínimo 65%.

**Gráfico 2: Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre.
PSF Vila Vieira – Padre Paraíso MG, 2012.**



Fonte: prontuários da UBS/ 2012

A proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (até 120 dias) foi de 83% (Gráfico 2), um valor considerado bom, mas ainda abaixo do ideal. Segundo dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010), em média, 79% das gestantes acompanhadas pelos ACS teriam começado o pré-natal no 1º trimestre, com uma variação entre 56% (AC) a 89% (SP). (MS/ 2012)

Segundo dados do PMAQ 2013, a média deste indicador para o município de Padre Paraíso, o Estado de MG e o Brasil foram, respectivamente 87,5%, 86,7% e 85,8%. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. É fundamental que a gestante seja captada precocemente, pois a fase mais crítica da gestação é o primeiro trimestre, período onde ela deve realizar todos os exames básicos a fim de diagnosticar possíveis problemas de saúde que prejudicaria o feto.

Gráfico 3: Proporção de gestantes com vacinas em dias.

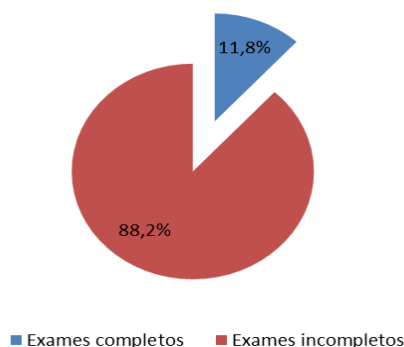
PSF Vila Vieira Padre Paraíso MG, 2012.



Fonte: prontuários da UBS/ 2012

A proporção de gestantes com vacinas em dias foi de 57,6% (Gráfico 3), muito abaixo dos dados regionais. Dados de 2010, obtidos de uma base limpa do SIAB, apontam que 93% das gestantes acompanhadas pelos ACS estariam com vacinação em dia, com uma variação entre 67% (DF) a 98% (CE) (BRASIL, 2012). Segundo dados do PMAQ 2013, a média deste indicador para o município de Padre Paraíso, o Estado de MG e o Brasil foram, respectivamente 90,6%, 94,4% e 94,5%.

Gráfico 4: Proporção de gestantes com todos os exames básicos realizados durante o pré-natal. PSF Vila Vieira – Padre Paraíso MG, 2012.



Fonte: prontuários da UBS/ 2012

A proporção de gestantes que realizaram todos os exames básicos preconizados durante o pré-natal foi de apenas 11,8% (Gráfico 4), um valor considerado muito baixo. Muitas realizam apenas os exames do 1º trimestre e não

repetem no 3º trimestre. Avaliando os exames separadamente, 62,7% das gestantes realizaram a tipagem sanguínea, 50,8% das gestantes o exame de urina, 49,1% Hb e Ht, 45,7% a glicemia plasmática, 45,7% o teste HIV e 42,4% o VDRL. As sorologias para toxoplasmose, Hepatite B e Rubéola corresponderam respectivamente a 44,0%, 35,6% e 27,1%. Diante da situação exposta, percebe-se que há grande necessidade de melhorias na assistência à gestantes prestada na Unidade do PSF Vila Vieira, pois um pré-natal de qualidade proporciona o nascimento de uma criança mais saudável e menos propensa a desenvolver problemas durante a gestação.

7- PLANO DE AÇÃO

Segundo Franklin e Nuss (2006), o Plano de Ação é o produto de um planejamento capaz de orientar as diversas ações que deverão ser implementadas em determinado contexto em que se busca uma mudança. Este plano oferece subsídio para a tomada de decisões, possibilitando o acompanhamento do desenvolvimento do projeto. Possui uma estruturação que traz os procedimentos e recursos que serão mobilizados para a execução de cada uma das ações elencadas no sentido de atingir o objetivo do projeto.

De acordo com o Manual de Introdução ao Modelo de Excelência na Gestão Pública Municipal (2013), todo plano de ação deve especificar ações, atividades, tarefas e recursos, logicamente encadeados, tendo em vista maximizar a eficiência na realização dos objetivos do projeto. Assim, o objetivo é promover a realização de um projeto da melhor maneira possível, com recursos adequados, metas atingíveis e formas de avaliar essas modificações ao longo do tempo para o constante aperfeiçoamento da proposta. Apesar de ser considerada uma ferramenta de caráter gerencial, ela se aplica, perfeitamente, à realidade das equipes de aprimoramento no campo da saúde pública no planejamento e condução de suas atividades. Em linhas gerais, um plano de ação é composto por um conjunto de ações com respectivos prazos, pessoas responsáveis e os recursos necessários para chegar a um resultado proposto.

Muitos autores, entre eles Franklin e Nuss (2006), concordam com a utilização da seguinte sequência durante o processo de planejamento: (a) Estabelecimento de onde se quer chegar com o projeto (meta, fim, resultado, efeito,...) com seu item de controle; (b) Levantamento de informações sobre o tema em questão (buscas, observações, questionários, entrevistas, etc.); (c) Verificação das causas que o estão impedindo de chegar lá (análise); (d) Proposta de ações ou contramedidas contra cada causa importante (isto é o plano). O plano de ação apresentado a seguir foi elaborado baseando-se na coleta de dados e dos resultados obtidos através da pesquisa.

PLANO DE AÇÃO

OBJETIVO: Melhorar a Assistência Pré-natal às gestantes cadastradas na ESF da Vila Vieira

Estratégia	Atividades	Recursos Necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos
Treinamento dos ACS	Identificação precoce das gestantes	TV, Aparelho DVD, material gráfico, etc.	Gestantes iniciando o pré-natal no 1º trimestre	Enfermeiro da ESF	1 mês
Reunião quinzenal para acompanhamento	Realizar Busca ativa das gestantes faltosas ou que não realizaram exames	Prontuários das gestantes	Gestantes frequentando regularmente as consultas de pré-natal	Profissionais da ESF	1 Mês
Realizar Grupo Operativo em todas as consultas de pré-natal	Sensibilizar as gestantes da importância da realização das consultas de pré-natal, imunização e realização de exames básicos	Lanche, panfletos, TV, Aparelho de DVD, cartazes, etc.	Gestantes sensibilizadas quanto a importância da assistência pré-natal	Enfermeiro e técnico da ESF	1 Mês
Reunião com gestor e Coordenador de Atenção Primária	Ampliação da oferta de exames laboratoriais	Recursos financeiros	Equipe ofertando todos os exames básicos em quantidade suficiente	Enfermeiro e Gestor Municipal	2 Meses
Reunião com Coordenação da AP e Profissionais das ESF	Criar protocolo de assistência Pré-natal.	Recursos materiais e linhas guias.	Protocolos elaborados	Profissionais das ESF e Coordenador de AP	4 meses
Desenvolvimento de um programa de aconselhamento em saúde voltado às gestantes	Realização de atendimentos individuais e em grupo	ACS treinados para a oferta do aconselhamento em saúde	Construir um espaço de escuta para que as mulheres possam dialogar com os ACS sobre suas principais dúvidas em relação ao pré-natal	ACS	Ao longo de todo o plano de ação

8- CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO

O presente estudo evidenciou o retrato do atendimento pré-natal das gestantes acompanhadas pelo PSF Vila Vieira. Observou-se que as mesmas não estavam realizando um pré-natal de qualidade, iniciando sua assistência tardiamente, uma baixa proporção de consultas, exames básicos incompletos e vacinação atrasada, conforme o preconizado pelo PNHPN do Ministério da Saúde. Diante da situação exposta, faz-se necessário realizar um plano de ação na ESF da Vila Vieira com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência pré-natal realizada às gestantes cadastradas.

A sugestão do aconselhamento em saúde parte da premissa de que os ACS possuem conhecimentos e experiências suficientes para promover uma escuta qualificada sobre os motivos para que as gestantes não realizem o pré-natal. Esse espaço de escuta pode ocorrer nos domicílios das gestantes visitadas ou mesmo no PSF, em uma sala reservada. O objetivo desse aconselhamento não é apenas ouvir a gestante e suas demandas, mas também promover saúde a partir de informações e prescrições para esse atendimento em pré-natal. Os ACS, a partir dessa estratégia, realizam a função de promover saúde e bem-estar à população, com foco específico nas gestantes. Compreendemos que o aconselhamento em saúde é algo relativamente simples de ser organizado e pode ser coordenado por uma enfermeira, por exemplo. O atendimento individual e com vistas a acolher as dúvidas da gestante pode ser uma estratégia mais adequada que os grupos em saúde e educação, haja vista a possibilidade de escuta sobre questões individuais e que nem sempre podem ser compartilhadas em grupo. Há que se destacar a necessidade de que esses atendimentos sejam ofertados com foco na promoção de saúde, visando a uma maior adesão dessa população aos exames pré-natais, fundamentais ao bem estar da gestante e do bebê (ZANUZZI; SANTEIRO; SCORSOLINI-COMIN, 2014).

A implementação e avaliação desse plano de ação poderá ampliar o número de atendimentos em pré-natal, desde que as estratégias desenvolvidas possam se aliar a campanhas de educação em saúde permanentes no município e na região atendida pelo PSF.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M.; GONÇALVES, C. S. F.; MARTINS, M. A.; SILVA, S. T.; AUWERTER, T. C.; ZAGONEL, I. P. S. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 416-27, 2007.

BONILHA, E. A.; BARBOSA, D. M.; VICO, E. S. R.; FREITAS, M.; ALBUQUERQUE, S. M. S. **Boletim eletrônico CEINFO**, 2010. Disponível em: <http://www.lilacs.com.br>. Acesso em 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária**. Manual Instrutivo. Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília, 2012.

_____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual técnico pré-natal e puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede do SUS do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

DUARTE, S. J. H. **Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem no município de Cuiabá-MT**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FRANKLIN, Y.; NUSS, L. F. **Ferramenta de gerenciamento**. 2006. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos08/465_PA_FerramentadeGerenciamento02.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Manual de introdução ao modelo de excelência na gestão pública municipal**. Programa Mineiro de Empreendedorismo e Gestão para Resultados Municipais. Horizonte: Belo Horizonte: Autor. Disponível em: <http://conversandosobregestao.mg.gov.br/images/cartilhas/Int_manual_mod_excel_gestao.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira Epidemiológica**, v. 4, n. 1, p. 3-69, 2001.

ZANUZZI, T. R. L.; SANTEIRO, T. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Estágio em NASF: Interlocuções entre psicoterapia breve, plantão psicológico e grupos operativos. In: SCORSOLINI-COMIN, F.; SOUZA, L. V.; BARROSO, S. M. (Orgs.). **Práticas em Psicologia: Saúde, Família e Comunidade**. 1ed. Uberaba: Editora da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2014, p. 109-125.