

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

ALEXIS BENNETT FRANDIN

**GESTAÇÕES DE RISCO: proposta de intervenção para um
planejamento no Programa Saúde da Família Canaã, em Buritis-
Minas Gerais**

UNAI- MINAS GERAIS

2015

ALEXIS BENNETT FRANDIN

GESTAÇÕES DE RISCO: proposta de intervenção para um planejamento no Programa Saúde da Família Canaã, em Buritis-Minas Gerais

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.

Orientadora: Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

UNAI- MINAS GERAIS

2015

ALEXIS BENNETT FRANDIN

GESTAÇÕES DE RISCO: proposta de intervenção para um planejamento no Programa Saúde da Família Canaã, em Buritis-Minas Gerais

Banca examinadora

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profª Drª Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 03 de fevereiro de 2016

DEDICO

Aos meus pais e às minhas filhas, pelo incentivo

À minha esposa pela ajuda durante todo o processo

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Através do Diagnóstico Situacional da Equipe de Saúde da Família Canaã, em Buritis, Minas Gerais, observou-se, dentre de outros problemas levantados, o grande número de gestantes com fatores de riscos. Assim, este estudo objetivou propor um plano de intervenção com vistas a um planejamento para gestações de risco na área de abrangência no PSF Canaã/ Buritis, Minas Gerais. O plano se baseou no Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: gravidez, fatores de risco e estratégia saúde da família. Espera-se com a implantação da proposta de intervenção diminuir o número de gestações de risco no município de Buritis.

Palavras-chave: Gravidez. Fatores de risco. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Through the Situational Diagnosis of the family health Team Canaan in Buritis, Minas Gerais, was noted, among other problems, the high number of pregnant women with risks factors. Through Situational Diagnosis of Canaan Family Health Team in Buritis, Minas Gerais, it was noted, among other issues raised, the large number of pregnant women with risk. This study aimed to propose an action plan with a view to planning for risk pregnancies in the area covered by the FHP Canaan / Buritis, Minas Gerais. The plan was based on the Situational Strategic Planning and research in the Virtual Health Library with the following keywords: pregnancy, risk factors and family health strategy. It is hoped that the intervention of the proposed deployment reduce the number of risk pregnancies in the city of Buritis

Keywords: Pregnancy. Risk factors. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVO.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

O Município de Buritis está localizado no Noroeste de Minas Gerais, zona de Paracatu, a 750km da capital do Estado, Belo Horizonte e a 240Km da capital Federal, Brasília. Buritis está a 550m de altitude. O clima é quente e semiúmido. Sua sede é rodeada por serras, onde se localizam chapadas muito utilizadas para a agricultura (IBGE, 2014).

É importante contar um pouco a história da criação de Buritis. Na região Chapadões do Paracatu onde está localizado o município, foi habitada, presumidamente, por indígenas de diversas tribos nômades. No início do Século XVIII, a região teve seu desbravamento por parte dos bandeirantes, cursando os rios à busca de ouro e diamantes e terras férteis. O ponto escolhido para implantação do núcleo era passagem obrigatória dos que buscavam o eldorado Centro-Oeste, especialmente o rico sertão Goiano. As terras eram de enorme fertilidade, muito propícias à agricultura e as pastagens naturais eram vastas e verdejantes. Esta gama de condições veio provocar a fixação de incontáveis famílias de colonos e outros aventureiros, contribuindo para o crescimento do aglomerado, atual município de Buritis. O topônimo, Buritis, teve sua origem na existência de uma árvore nativa em todo o território municipal, denominada "Buriti" (IBGE, 2014).

A área total do Município é de 5.225,186km² e sua concentração habitacional é de aproximadamente 18.000 habitantes na área urbana e na área rural, de aproximadamente 6.000 habitantes (IBGE, 2013). O número aproximado de domicílios é 8.715 e 8.000 famílias (IBGE, 2010).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, o Índice de desenvolvimento Humano (IDH) é 0,672 (ATLAS BRASIL ,2013).

Sabe-se que 86,40% da população têm abastecimento de água tratada e 65 % têm recolhimento de esgoto por rede pública (SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS, 2014).

As principais atividades econômicas são: agricultura de arroz, feijão, milho, soja, café, sorgo, laranja, armazenamento de cereais, comércio, atividades autônomas e serviço público, responsável pelo maior número de empregos diretos.

No que diz respeito ao Sistema local de saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Município a partir de 1996 e hoje conta com sete equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma oitava equipe está em fase de implantação, quando se alcançará 100% de cobertura. O Município conta ainda com seis equipes de Saúde Bucal, sendo duas de modalidade II e quatro de modalidade I, uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) modalidade II, uma unidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Casa Saúde e Mulher e um Núcleo de Prevenção à violência contra a mulher.

O Município conta com uma Unidade Mista de Saúde, de média complexidade e um hospital particular, também de média complexidade. A Secretaria Municipal de saúde conta com 222 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, técnico de Raios-X, Fisioterapeutas, psicólogos, dentistas, ASB, TSB, ACS, além do pessoal administrativo, serviços gerais e outros.

A carga horária é, via de regra, de 40 horas semanais de segunda a sexta-feira, sendo que a Unidade Mista de saúde funciona 24 horas por dia, na forma de turnos de trabalho. A equipe de trabalho é composta de servidores efetivos e contratados por meio de processo seletivo e licitação.

Apresentando o território/área de abrangência onde trabalho, temos cadastradas 951 famílias e 3.354 habitantes. O nível de alfabetização é de 93,54% de alfabetizados e a taxa de desemprego é relativamente elevada, principalmente entre jovens e os principais postos de trabalho são a Prefeitura, o comércio e a agricultura.

A ESF VI – Canaã, onde atuo, localiza-se à Rua Gonçalo Rodrigues Ferreira, nº 735, Bairro Canaã, com fácil acesso aos moradores dos Bairros Canaã e Jardim.

A Unidade Básica de saúde ESF VI – Canaã funciona de 07h30min às 11h30min e de 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta feira.

A Unidade de Saúde ESF VI - Canaã conta com 15 servidores, todos contratados e com carga horária de 40 horas semanais, sendo um médico, um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, uma recepcionista, cinco Agentes Comunitários de Saúde e duas Auxiliares de Serviços Gerais.

Foi nesse contexto que realizamos o diagnóstico situacional e identificamos vários problemas de saúde Principais problemas identificados a presença de um grande número de pacientes com doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus); alto índice de consumos de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, grande número de gestantes com riscos, alto índice da incidência de Hiperlipidêmica e fatores sociais de risco como consumo de drogas, álcool, desemprego, baixos níveis educacionais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como primordiais, pesquisas em saúde reprodutiva relativas à sexualidade, contracepção e à concepção, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério, propondo que os fatores característicos do contexto sociocultural, ou seja, valores, crenças, condições socioeconômicas, entre outros, sejam considerados como eventos importantes por elas (OSIS, 2005).

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência (TSUNECHIRO, BONADIO, 1999).

Durante muitas décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil priorizaram muito o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo.

Hoje, houve mudanças importantes nesse contexto e as políticas se voltam para a mulher desde jovem. Assim, é necessário comunicar e educar as mulheres em idade fértil sobre uma importante lista de fatores que aumentam o risco materno-perinatal e que podem ser reduzidos e/ou reconhecidos desenvolvendo atividades com o objetivo que a futura gravidez se produza em melhores condições. Este poderia ser

o momento ideal para a aquisição de hábitos saudáveis e é o que pretendemos com a realização deste estudo.

2 JUSTIFICATIVA

A morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do país.

Diante da relevância do tema e da constatação do elevado número de grávidas com riscos em nosso meio, faz-se necessário a mobilização da equipe de saúde por meio de ações educativas possibilitando às mulheres, em idade fértil, maior acesso a informações e meios que lhes permitam cuidar-se melhor, com consciência dos riscos a que estão expostas e agirem com responsabilidade e conhecimento o exercício da sua sexualidade e saúde.

Dessa forma, propõe-se conversar, discutir e esclarecer às mulheres sobre métodos contraceptivos, cuidados consigo mesmo e com as pessoas com quem, se relaciona e também reforçar a importância de um planejamento familiar no Programa Saúde da Família.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção com vistas ao planejamento familiar e às gestações de risco na área de abrangência no PSF Canaã.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foram utilizados os dados obtidos por pesquisa na área de abrangência no PSF Canaã do município Buritis no período janeiro-dezembro do ano 2014. Nesse sentido, foram utilizados como fontes de informação os prontuários das gestantes cadastradas no posto e dados oferecidos pelo SIAB municipal sobre o número de mulheres em idade fértil e outros dados sociais e demográficos que possam constituir fatores de riscos.

Para elaboração do plano foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional com os dados obtidos durante a realização do diagnóstico situacional e pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: gravidez, fatores de risco, Estratégia Saúde da família.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Por gestação de alto risco entende-se aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingidos por complicações do que a média das gestações. Vários tipos de fatores podem ocasionar risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes antes mesmo da ocorrência da gravidez. A identificação desses riscos permite orientações às mulheres vulneráveis desde o planejamento familiar até o pós-parto. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade participarem de grupos educativos e se cuidarem melhor (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde define gestação de alto risco é “[...] aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada [...]” (BRASIL, 2010 p. 9).

Embora se reconheça que as medidas implementadas nos últimos anos tenham contribuído para diminuição da incidência da mortalidade materna e perinatal, é necessário afirmar, também, que continuam a ocorrer gravidezes não planejadas que resultam, muitas vezes, em início tardio ou mesmo ausência da vigilância pré-natal e em comportamentos de risco nas primeiras semanas da gestação, com graves consequências para o feto.

Para o Ministério da Saúde, torna-se de fundamental importância considerar no cuidado/atendimento às mulheres grávidas os riscos biológicos a que podem estar sujeitas. São, portanto, cuidados primários em saúde reprodutiva, devendo ainda inserir os homens nas questões de saúde sexual e reprodutiva. Afinal, são coparticipantes nesse processo e sujeitos das atividades educativas propostas (BRASIL, 2011).

Cabe aos profissionais da saúde a promoção de cuidados relacionados ao período pré-concepcional com a intenção de fornecer caminhos para o sucesso da gravidez, pois como se sabe, muitos fatores adversos podem desencadear efeitos negativos

em uma gestação e, se identificados precocemente ou antes da gravidez poderão a incidência de efeitos deletérios para a mãe e seu concepto (BRASIL, 2011).

Apesar de diversos programas e ações terem sido postos em prática no Brasil nas últimas décadas, infelizmente, ainda permanecem altas as taxas de gravidezes com alto risco e, portanto, a consequente melhoria nos indicadores de saúde materna está longe de ser realidade (BARROS et al., 2005). Dentre as ações propostas temos os programas de aconselhamento à gravidez, com destaque para nutrição adequada, melhora da autoestima, apoio social e redução de potenciais fatores de risco, como tabagismo, alcoolismo e drogas (HODNETT; FREDERICKS, 2003).

Essas ações têm sido sugeridas por organismos governamentais. O Ministério da Saúde, por exemplo, implantou no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este Programa buscou difundir conhecimentos em saúde e educação tanto no pré natal quanto no nascimento. Espera-se que a gestante, durante as consultas de pré-natal, seja pro ativa e sujeito nas ações programadas e indique outras alternativas, inclusive, de ações (BRASIL, 2002).

Nas ações educativas propostas, quer seja individual ou coletivamente, a mulher deve ser informada dos potenciais riscos da gravidez e suas causas e das consequências desta sobre o feto e das medidas que podem ser realizadas para diminuir esses riscos (BRASIL, 2016).

Contudo, até o presente momento, o que se vê é que as ações programadas valorizam mais os procedimentos clínicos e laboratoriais que devem fazer parte da rotina de atendimento durante o pré-natal, enfocando também a identificação de situações de risco, que requerem a busca imediata de cuidados médicos (BRASIL, 2000).

Sabe-se que a gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Entretanto, determinadas gestantes, por serem portadoras de alguma doença, passam por algum agravo ou desenvolvem

problemas durante a gestação, o que pode desencadear chances de evolução desfavorável para o feto e/ou para a mãe. Essa parcela compõe o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2010).

Gomes *et al.*(2001) definem risco gravídico os graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano. Na assistência pré-natal, a gestação de alto risco diz respeito às alterações relacionadas tanto à mãe como ao feto.

O risco de morte materna, para uma mulher, individualmente, é influenciado tanto pelo risco associado à gestação, quanto pelo número de vezes que ela engravida. Ou seja, toda vez que uma mulher engravida, ela corre o risco de morte materna novamente, e assim, o risco se eleva ao longo da vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *United Nations Children’s Fund* (UNICEF) estimam que a cada ano 585.000 mulheres morram de causas relacionadas à gestação e ao parto (MAINE *et al.*, 1997). A OMS considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 6 e 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos (COSTA *et al.*, 2002). Em 2001, ocorreram nas capitais brasileiras 74,5 mortes por causas maternas para cada 100 mil nascidos vivos, segundo dados oficiais, estimando-se que cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas fossem evitáveis (LOW; BATISTA; SOUZA, 2005).

O atendimento à gravidez de risco exige equipe médica e de enfermagem especializada devido à sua complexidade, não apenas considerando-se as patologias, mas, sobretudo, as suas repercussões sobre a dinâmica familiar e o estado emocional da família, bem como sobre a mulher, o conceito e a família, considerando-se aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais (GOVEIA; LOPES; 2004 p. 176).

Para uma atuação efetiva e eficiente da equipe de assistência, visando à identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos à saúde das mulheres e/ou seus filhos, torna-se imprescindível a utilização de ações e estratégias no processo de recomendar, gerar e ministrar cuidados à mulher (BRASIL, 2001).

Os problemas e complicações maternas como hipertensão arterial, abortamento, afecções perinatais, prematuridade e diabetes gestacional, associadas a não adoção de medidas protetoras no período perinatal como a consulta de pré-natal e o aleitamento materno na primeira hora, tornam-se, ainda, problemas significativos na saúde da mulher e da criança (OLIVEIRA et al., 2009).

Por isso, a OMS adverte que os serviços de atenção básica e hospitalar devem desenvolver ações de forma integrada e continua em todos os ciclos da vida, com vistas a que a gestante e o neonato, principalmente aqueles em situação de risco, sejam acompanhados pela equipe de saúde. Com isso, a avaliação e o monitoramento da gestante, na atenção perinatal, possibilita a identificação de outros fatores de risco, que possam gerar complicações para a mulher e seu filho (MARTINS; REZENDE; LANA; 2009).

Percebe-se também que além das dificuldades encontradas em alguns serviços de saúde na identificação de fatores de risco há o desconhecimento de gestantes acerca do pré-natal e o risco gestacional (MERIDOZA-SASSI et al., 2007).

Muitas vezes, o equívoco em definir a extensão e a gravidade do risco na gravidez pode levar à redução no conceito de risco, considerando apenas os aspectos fisiopatológicos. Nesse sentido, a assistência deixa de ser integral e foca apenas no cuidado centrado no risco, responsabilizando, às vezes, a mulher não só pela sua saúde, mas também pela produção ou não de um feto saudável (CORREA; GUILAM, 2007).

Os cuidados pré-concepcionais integram-se na prestação de cuidados primários em saúde reprodutiva; embora tenham como alvo preferencial as mulheres que desejam engravidar, devem abranger todas as mulheres em idade fértil, o que implica interrogá-las sobre a utilização de métodos contraceptivos e dos seus planos no que diz respeito a uma futura gravidez; identificar riscos, iniciar a intervenção apropriada, e, ainda, acentuar a importância das gravidezes planejadas, valorizar as primeiras semanas da gestação e a necessidade de cuidados especiais, mesmo antes da concepção (BRASIL, 2016, p.3).

O Ministério da Saúde discorre sobre os benefícios da consulta pré-concepcional que são evidentes nas mulheres com doença crônica, como diabetes, hipertensão, cardiopatias, doenças renais, entre outras que podem afetar a gravidez através de mecanismos fisiopatológicos ou como resultado da medicação utilizada no seu tratamento (BRASIL, 2016).

Assim, é muito relevante propor ações educativas e de cuidado integral às mulheres em idade fértil e gestantes.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta se fundamentou nos passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme propõem campos, santos e farias (2010).

6.1 Definição dos problemas

Principais problemas identificados na UBS Canaã:

- ✓ Presença de um grande número de pacientes com doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus).
- ✓ Alto índice de consumos de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.
- ✓ Grande número de gestantes com riscos.
- ✓ Alto índice da incidência de Hiperlipidêmica.
- ✓ Fatores sociais de risco como consumo de drogas, álcool, desemprego, baixos níveis educacionais.

6.2 Priorização do problema:

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.). Como critérios para seleção dos problemas, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los, conforme apresentado no Quadro 1. Contudo, pode definir outros critérios que julgar relevantes.

Quadro 1 Priorização do problema.

Nro.	Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
1.	Presença de um grande número de pacientes com doenças crônicas. (hipertensão arterial e diabetes mellitus)	Alta	5	Parcial	1
2.	Alto índice de consumos de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.	Alta	3	Parcial	4
3.	Grande número de gestantes com riscos.	Alta	4	Parcial	2
4.	Alto índice da incidência de Hiperlipidêmica	Alta	4	Parcial	3
5.	Fatores sociais de risco como consumo de drogas, álcool, desemprego, baixos níveis educacionais.	Alta	3	Parcial	5

6.3 Descrição do problema

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. É a gestação que ocorre quando existe qualquer doença materna ou condição sócio biológica que pode prejudicar a sua boa evolução. São as chamadas “gestantes de alto risco”.

No Quadro 2 encontram-se melhor destacados os fatores de risco relacionados ao problema deste estudo.

Quadro 2 Descrição do problema.

Descritores (Fatores de risco)	Valores	%	Fonte
Gestantes menores de 17 anos.	28	20,1	Registro da equipe
Gestantes maiores de 35 anos.	9	6,4	Registro da equipe
Gestantes de menos de 1,45 metros de altura.	2	1,4	Registro da equipe
Gestantes desnutridas.	2	1,4	Registro da equipe
Gestantes obesas.	15	12,2	Registro da equipe
Gestantes de baixa escolaridade.	13	13,6	Registro da equipe
Gestantes dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.	7	2,8	Registro da equipe
Gestantes com história de risco reprodutivo anterior.	15	10,7	Registro da equipe
Gestantes com antecedentes de doenças crônicas.	17	20,1	Registro da equipe
Gestantes com intercorrências clínicas atual.	18	7,1	Registro da equipe
Gestantes com outros fatores de risco	15	10,7	Registro da equipe

Total de gestantes: 169 Total de gestante com risco: 141

6.4 Explicação do problema

Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Ou seja, um problema é produzido ou gerado por outros problemas.

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser

dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

✓ Fatores relacionados às características individuais e às condições sócio demográficas desfavoráveis:

- ❖ Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- ❖ Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- ❖ Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- ❖ Situação conjugal insegura;
- ❖ Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- ❖ Condições ambientais desfavoráveis;
- ❖ Altura menor do que 1,45m;
- ❖ IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

✓ Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- ❖ Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- ❖ Macrosomia fetal;
- ❖ Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- ❖ Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- ❖ Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- ❖ Cirurgia uterina anterior;
- ❖ Três ou mais cesarianas.

✓ Fatores relacionados à gravidez atual:

- ❖ Ganho ponderal inadequado;

- ❖ Infecção urinária;
 - ❖ Anemia.
- ✓ Fatores relacionados às condições prévias:
- ❖ Cardiopatias;
 - ❖ Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
 - ❖ Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
 - ❖ Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
 - ❖ Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
 - ❖ Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
 - ❖ Doenças neurológicas (como epilepsia);
 - ❖ Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
 - ❖ Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
 - ❖ Alterações genéticas maternas;
 - ❖ Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
 - ❖ Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
 - ❖ Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
 - ❖ Hanseníase;
 - ❖ Tuberculose;
 - ❖ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
 - ❖ Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

- ✓ Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:
 - ❖ Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
 - ❖ História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
 - ❖ Abortamento habitual;
 - ❖ Esterilidade/infertilidade.

- ✓ Fatores relacionados à gravidez atual:
 - ❖ Restrição do crescimento intrauterino;
 - ❖ Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
 - ❖ Gemelaridade;
 - ❖ Malformações fetais ou arritmia fetal;
 - ❖ Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
 - ❖ Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
 - ❖ Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
 - ❖ Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
 - ❖ Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
 - ❖ Evidência laboratorial de proteinúria;
 - ❖ Diabetes mellitus gestacional;
 - ❖ Desnutrição materna severa;
 - ❖ Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);

- ❖ NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- ❖ Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- ❖ Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

6.5 Seleção dos “nós críticos”

Podemos definir os nós críticos como a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS:SANTOS:FARIA, 2010).

Neste estudo, o problema é o grande número de gestantes com riscos. Se conseguimos modificar o atendimento pré-concepcional, hábitos e estilos de vida, nível de informação, e processo de trabalho, eliminaria o problema principal.

6.6 Desenho das operações

Os objetivos desse passo são descrever as operações para enfrentar os nós críticos, identificar os produtos e os resultados para cada operação definida, e identificar os recursos necessários de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3 Desenho das operações para os nos críticos do plano.

Nos críticos	Operação/projeto	Resultados	Produtos	Recursos Necessários
Controle pré-concepcional	+ controle com as mulheres com riscos pré-concepcionais.	Diminuir número de gestantes com riscos.	Controle de mulheres em idade fértil.	Cognitivo: para brindar informação de gestação de risco Organizacional: organizar consultas de controle e agenda de trabalho

Hábitos e estilos de vida não adequados de mulheres em idade fértil.	Hábitos e estilos de vida saudáveis	Diminuir número de mulheres obesas, desnutridas, tabagistas, alcoólicas, descompensadas de doenças crônicas	Programa de alimentação saudável, caminhadas e campanhas na radio local	Cognitivo: para brindar informação de doenças crônicas e fatores de riscos Organizacional: organizar agenda de trabalho Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação baixo sobre gestação de risco.	População + bem informada	População mais informada	Campanhas educativas na radio local Panfletos educativos	Cognitivo: conhecimento sobre gestação de risco. Financeiro: para elaboração dos panfletos Político: mobilização social Organizacional: organizar a agenda de trabalho
Processo de trabalho da Equipe inadequado para enfrentar o problema	Agenda programada em ação	Agenda bem organizada Satisfação do usuário por atendimento programado	Maior número de gestantes de risco avaliadas Acompanhamentos dos agentes comunitários em visitas domiciliares Programação cada mês de atividades de promoção	Organizacional: Organizar agenda em consultas e visitas domiciliares periódicas Adequação de referencias e contra referencias

6.7 Identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos com cada operação e constituir uma atividade fundamental para avaliar a viabilidade de um plano.

Quadro 4- Identificação dos recursos críticos.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
+ Controle com as mulheres com riscos pré-concepcionais	Organizacional: Organizar o atendimento das mulheres em idade fértil.
Hábitos e estilos de vida saudáveis	Financeiro: para adquirir panfletos educativos Organizacional: para organizar atividades Político: Conseguir um espaço em na radio local
População + bem informada	Financeiro: para elaboração de panfletos Políticos: Articulação intersetorial
Agenda programada em ação	Organizacional: Organizar o atendimento destes pacientes de acordo a agenda Financeiros: Recursos necessários para a estruturação do serviço Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

6.8 Análise de viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade de um plano devem ser identificados: quais são os atores que controlam os recursos críticos, quais recursos cada um desses atores controla, qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Quadro 5- Análise de viabilidade do plano.

Operações/projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Ação estratégica
+ Controle com as mulheres com riscos pré-concepcionais	Organizacional: Organizar o atendimento das mulheres em idade fértil.	Equipe de saúde	Não é necessário

Hábitos e estilos de vida saudáveis	Político: Conseguir espaço em na radio local Organizacional: Estimulação da população para participação ativa em atividades de promoção Políticos: adquirir panfletos educativos	Setor de comunicação social Equipe de saúde Secretario de saúde	Não é necessário
População + bem informada	Político: Articulação com Secretaria de saúde Financeiro: Adquirir panfletos educativos	Equipe de saúde e Secretario de saúde	Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria
Agenda programada em ação	Políticos: Articulação entre os setores assistenciais da saúde Organizacional: Organizar o atendimento de acordo a agenda	Secretario de saúde e Equipe de saúde	Não é necessário

6.9 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade é a designação de responsáveis pelos projetos e estabelecer os prazos. O gerente de uma operação /projeto é aquele que se responsabiliza pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas e deve contar com o apoio de outras pessoas.

Quadro 6 Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
+ Controle com as mulheres com riscos pré-concepcionais	Diminuir número de gestantes de riscos.	Controle de mulheres em idade fértil	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde	Warley e Alexis	Seis meses
Hábitos e estilos de vida saudáveis	Diminuir o número de desnutridas, obesas, tabagistas, alcoólicas, e mulheres com doenças crônicas descompensadas.	Número de consultas programadas e visitas domiciliares ativas. Campanha educativa na radio local	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde	Warley e Alexis	Seis meses
População + bem informada	População mais informada sobre gestação de risco.	Palestras Educativas sobre gestação de risco Campanhas Educativas na radio local Capacitação dos agentes comunitários Grupos Operativos	Apresentar o projeto na Secretaria de Saúde	Warley, Cyntia, Alexis	Três meses
Agenda programada em ação	Aumento do número de controle de mulheres com risco pré-concepcional. Agenda organizada	Maior número de pacientes avaliados Programar atividades todos os meses Aumentar o número de visitas domiciliares	Implementação do projeto	Coordenador de Atenção Básica e Warley	Três meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho se identificaram os fatores determinantes da gravidez de risco na área de abrangência do PSF Canaã, município Buritis, destacando-a gravidez na adolescência, as intercorrências clínicas e as gestantes com doenças crônicas; além disso, confeccionou-se um plano de ação que contribuirá para aumentar o conhecimento da população, sobretudo feminina, sobre a gravidez de risco com ações educativas através dos programas de saúde.

Ficou evidenciado que o estabelecimento de uma consulta de risco pré-concepcional para a avaliação periódica das mulheres em idade fértil é de suma importância, pois nela se avaliam os prováveis riscos que apresentam as mulheres e se traçam ações para sua modificação e/ou erradicação e assim contribuir à diminuição da morbimortalidade materno-infantil.

REFERENCIAS

ATLAS BRASIL 2013 - PNUD Brasil - Programa das Nações ...Disponível em: www.pnud.org.br/Tags.aspx?tag=AtlasBrasil2013

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Gestação de alto risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direção-geral da Saúde. **Prestação de cuidados pré-concepcionais**. Circular Normativa. Nº: 02/DSMIA. 16/01/06.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestantes de alto risco: sistemas estaduais de referencia hospitalar a gestante de alto risco/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico /– 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012**

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010:118.

CORREA, M.C.D.; GUILAM, M.C.R. O discurso de risco e o aconselhamento genético pre-natal. **Cad Saúde Pública**. v.22, n. 10, p. 2141-9, 2006

COSTA, A.A.R.; RIBAS, M.S.S.S.; AMORIM, M.M.R.; SANTOS, L.C. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev Bras Ginecol Obstet**. V.24, p. 455-61. 2002

GOMES, R.; CAVALCANTI, L.F.; MARINHO, A.S.N.; SILVA, L.G.P. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.9, n.4, p. 62-7, 2001

GOUVEIA, H.G.; LOPES, M.H.B.M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.12, n.2, p. 175-82, 2004

HODNETT, E.D.; FREDERICKS, S. **Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA.**IBGE cidades**, 2010
Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA.**IBGE cidades**, 2014
Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>

LOW, S.; BATISTA, M.F.; SOUZA, A.I. **Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco**. Recife: Bagaço; 2001.

MAINE, D.; AKALIN, M.Z.; WARD, V.M.; KAMARA, A. **The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs**. New York: Center for Population and Family Health; 1997.

MARTINS, E.F.; REZENDE, E.M.; LANA, F.C.F. Causas e evitabilidade dos óbitos perinatais investigados em Belo Horizonte, Minas Gerais, **Rev Min Enferm**, v.13, n. 4, p. 550-74, 2009

MERIDOZA-SASSI, R.A.; CÉSAR, J.A.; ULMI, E.F.; MANO, P.S.; DALLA, A.; GNOL, M.M.; NEUMANN, N.A. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.23, n. 9, p. 2157-66, 2007

OLIVEIRA, M.I.; BEZERRA, M.G.A.; BEZERRA FILHO, J.G.; VERAS, M.A.C.; BEZERRA, P.L.L. Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional Ver Rene. v.10, n.4, p. 28-36, 2009

OSIS, M.J.D. Abordagens qualitativas em saúde reprodutiva. In: BARROS, N.F, CECATTI, J.G.; TURATO, E.R. organizadores. **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: Komedi; 121-33. 2005

TSUNECHIRO, M.A.; BONADIO, I.C. A família na rede de apoio da gestante. **Fam Saúde Desenvol**. v.1, n.1/2, p. 103-6, 1999