

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

YUNIA VELAZQUEZ PEREZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
DE RISCO PRÉ-CONCEPCIONAL COM VISTAS A REDUÇÃO DA
MORTALIDADE MATERNA**

GOVERNADOR VALADARES / MG

2015

YUNIA VELAZQUEZ PEREZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
DE RISCO PRÉ-CONCEPCIONAL COM VISTAS A REDUÇÃO DA
MORTALIDADE MATERNA**

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Suelene Coelho

GOVERNADOR VALADARES / MG

2015

YUNIA VELAZQUEZ PEREZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
DE RISCO PRÉ-CONCEPCIONAL COM VISTAS A REDUÇÃO DA
MORTALIDADE MATERNA**

Banca examinadora:

Prof^a. Dr a. Suelene Coelho (orientadora)

Prof^a MS. Fernanda Magalhães Duarte Rocha . (Examinadora)

Aprovada em Belo Horizonte: ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

**Este trabalho é dedicado à mulher e a todas as futuras mães.
Que Deus permita que contribua para melhorar a qualidade de vida das
mulheres e de suas famílias.**

EPIGRAFE

Quando comecei este trabalho pensei em minha filha. Como sou muito feliz em ser mãe, gostaria de contribuir para que outras mulheres logrem ter esta felicidade, com uma melhor qualidade de vida e uma gestação planejada, orientada, com menos risco, com muita saúde para ter um final feliz e sair da maternidade mãe com filho em colo e dois sorrisos.

AGRADECIMENTOS

A meus pais, irmã, sobrinhos e meu esposo Manuel de forma especial e carinhosa, pois me deu força e coragem, apoiando nos momentos de dificuldades.

Quero *agradecer* também à minha filha com muito carinho e apoio, pois não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

À professora Suelene Coelho pela paciência e certeza na orientação que tornaram possível a conclusão deste TCC.

Aos amigos pelo incentivo e pelo apoio.

A todos aqueles de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

RESUMO

Risco pré-concepcional é a probabilidade que tem um casal de apresentar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. O risco pode ser de caráter biológico, psicológico e social. Por isso, para prestar uma atenção pré-concepcional de qualidade e humanizada é necessário que o indivíduo seja compreendido na sua integralidade, singularidade e multidimensionalidade. Assim, além dos aspectos biológicos, é necessário levar em consideração o ambiente no qual estão inseridos, suas diferenças, identidades, credos e necessidades. No PSF São Domingo, do município de Coronel Fabriciano/MG, observou-se um baixo controle de risco pré-concepcional na clientela atendida pelos profissionais de saúde. Neste sentido, foi elaborado um projeto de intervenção com vistas a redução da mortalidade materno a partir de controle de risco pré-concepcional. A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional, de acordo com o Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família do NESCON/UFMG. Foi realizada também, uma revisão bibliográfica a partir de artigos encontrados nas bases de dados da saúde, tais como: SCIELO (Scientific Electronic Library Online Google Acadêmico), em português, utilizando os seguintes descritores: risco, gravidez, atenção primária, prevenção. Desse modo, foi possível estabelecer ações para melhorar a consulta de planejamento familiar, bem como a identificação e controle das mulheres que apresentam risco pré-concepcional.

Palavras-chave: Risco. Gravidez. Atenção primária. Prevenção.

ABSTRACT

Pre-conception risk is the probability that a couple has to present risk factors or diseases that may affect the normal development of a future pregnancy. The risk may be biological, psychological and social character. Therefore, to provide a pre-conception care quality and humanized it is necessary that the individual is understood in its entirety, uniqueness and multidimensional. Thus, in addition to the biological aspects, it is necessary to take into account the environment in which they live, their differences, identities, beliefs and needs. PSF in Santo Domingo, the city of Coronel Fabriciano / MG, there was a low control preconception risk in the clientele served by health professionals. In this sense, it designed an intervention project aimed at reducing maternal mortality from pre-conception risk control. The methodology used was the Situational Strategic Planning, according to the module Planning and Evaluation of Health Actions, the Specialization in Health Strategy NESCON Family / UFMG. It was also performed a literature review from articles found in health databases, such as SciELO (Scientific Electronic Library Online Google Scholar), in Portuguese, using the following key words: risk, pregnancy, primary care, prevention. Thus, it was possible to establish actions to improve family planning consultation and the identification and control of women with pre-conceptual risk.

Keywords: Risk. Pregnancy. Primary care. Prevention.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Desenhos das operações para o problema, Faixa o controle do risco pré-concepcional PSF São Domingo, Coronel Fabriciano/MG- 2014 p.40
- Quadro 2** Recursos críticos para o problema, Faixa o controle do risco pré-concepcional PSF São Domingo, Coronel Fabriciano/MG-2014. p.43
- Quadro 3** Proposta de ações para motivar os atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários a execução do projeto de intervenção para o enfrentamento do faixa do risco pré-concepcional, na PSF São Domingo, Coronel Fabriciano/MG-2014. p.44
- Quadro 4** Plano operativo para enfrentamento do faixa do risco pré-concepcional na PSF São Domingo, Coronel Fabriciano, M/G, 2015. p.38
- Quadro 5** Planilha para acompanhamento de projetos Situação atual de gestão do Plano operativo para enfrentamento do faixa do controle do risco pré-concepcional na PSF São Domingo, Coronel Fabriciano, /MG-2015 p.39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEESF	Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
RN	Recém Nascido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	18
3 METODO.....	19
4 REVISAO DE LITERATURA.....	21
5 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERENCIAS.....	47

1 INTRODUÇÃO

O município de Coronel Fabriciano está localizado na região do Vale do Aço / Minas Gerais. Segundo o IBGE (BRASIL, 2014a) a população estimada para o município em 2014 foi de 108.843 habitantes. Com uma extensão territorial de 221, 252 Km², sua densidade demográfica era de 468, 67 hab./Km². Tem como cidades limítrofes a leste Ferro e Ipatinga; a norte Joanésia e Mesquita; a sudoeste: Antônio Diaz; ao sul Timóteo (que foi elevado a distrito em 1923).

De acordo com o site oficial da Prefeitura de Coronel Fabriciano (CORONEL FABRICIANO, 2009), no ano de 1936, instalou-se no Calado um escritório da Companhia Siderúrgica Belgo Mineira que centralizou o comércio de monopólio de madeira e da produção de carvão para toda a região do rio Doce. Segundo o autor, o carvão tinha como destino os fornos de sua siderúrgica em João Monlevade. Desse modo, houve grande investida para a organização inicial da cidade de Coronel Fabriciano. Por conta da assistência a seus funcionários aqui sediados numa época de grande incidência de febre amarela, foi construído pela empresa o Hospital Siderúrgica.

No entanto, foi a Companhia de Aços Especiais Itabira (Acesita) instalada em 1944 na região, que Coronel Fabriciano recebeu o grande impulso transformando o distrito no grande município de hoje assim, aumentou a necessidade de expansão dos serviços básicos. Sendo que em 1962 teve início o processo de emancipação dos municípios de Ipatinga e Timóteo (CORONEL FABRICIANO, 2009).

A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) São Domingo possui um quadro total de trinta e cinco funcionários: três médicos, dois enfermeiros, dois dentistas (sendo um especializado em pediatria), uma secretária, quatro técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um psicólogo, um nutricionista, dois auxiliares administrativos, um supervisor, dois auxiliares de serviços gerais e um vigia. O horário de trabalho é de 07:00 as 17:00 horas,

sendo que o atendimento médico é realizado por 40 horas semanais (clínicos) e o pediatra 8 horas semanal.

Na área de abrangência da Equipe Laranja, onde atuo como médica do Programa "Mais Médicos" do Ministério da Saúde existem famílias em situação de moradia precária. Destas, 213 habitações, no ano 2010, eram de casas de cômodos ou cortiço. Do total de domicílios, poucos são próprios. Somente 116 eram de aquisição própria, a maioria é alugada (BRASIL, 2010).

Durante a realização do Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foi realizado o diagnóstico situacional junto com a equipe da saúde da UBS São Domingos onde foram levantados os problemas da saúde mais frequentes da área de abrangência, sendo a falta de controle de risco pré-concepcional o problema definido como prioritário para a realização deste Projeto de Intervenção.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p. 25) aponta que embora a gravidez não seja considerada uma doença, ela ocorre no corpo de uma mulher pertencente a um contexto social, em que, na maioria das vezes a maternidade é considerada como uma obrigação feminina. Assim, "[...] além de fatores econômicos, a condição de subalternidade das mulheres interfere no processo de saúde e doença e configura um padrão de adoecimento e morte específicos". Desse modo, é indispensável utilizar instrumentos avaliativos que possibilitem identificá-las "[...] no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que cada uma delas está exposta".

O autor considera ainda, que avaliar risco não é uma tarefa simples, seu conceito está associado a probabilidades, além disso, a correlação entre um fator de risco e um dano nem sempre está elucidado ou é conhecido (BRASIL, 2000).

Rezende (2012) aponta que a assistência pré-natal e a pré-concepcional é um direito de todas as mães. Por isso, os serviços de saúde precisam criar estratégias para essa prática, abrangendo um maior número de mulheres em idade fértil, estejam elas desejosas ou não de engravidar. A autora conclui que "[...] Muitas gestações não são desejadas, o que ocasiona

maior risco gestacional e indica ausência do aconselhamento pré-concepcional" (MAGALHÃES, 2006 *apud* REZENDE, 2012, p. 20).

Segundo Zubaig (2008 *apud* REZENDE, 2012, p.20)

A inviabilização da consulta pré-concepcional ou a diminuição de sua eficácia podem ser, além de gestações não planejadas, devido a: fatores de risco que não são modificáveis (idade materna avançada, história familiar de doenças genéticas e minorias étnicas), aspectos socioeconômicos familiares e falhas no sistema de saúde (profissionais inadequadamente treinados, tempo de espera para consulta muito extenso, entre outros)

De acordo com Nakamura *et al.* (2007 *apud* REZENDE, 2012) tanto a morbidade quanto a mortalidade materna estão alicerçados num tripé constituído por planejamento familiar, seja para a gravidez desejada ou para a não planejada, a assistência pré-natal e a assistência ao parto.

Conforme Aumann e Baird (1996 *apud* REZENDE 2012) para se atingir um resultado perinatal adequado, é imprescindível identificar e oferecer uma assistência de qualidade a todos os fatores de risco que contribuam para a morbidade e mortalidade das gestantes e do feto, o mais precocemente possível. Os autores distribuem esses riscos em 16 categorias sociais, biológicas, econômicas e demográficas, problemas obstétricos anteriores e a condição clínica materna. E também, em relação aos hábitos da gestante, como por exemplo, o uso do tabaco e do álcool (AUMANN; BAIRD, 1996 *apud* REZENDE, 2012).

De acordo com Schirmer; Sumita; Fustinoni (2002 *apud* REZENDE, 2012, p.16), "[...] um fator de risco é toda característica ou circunstância determinável que está associada à um risco anormal de aparecimentos ou evolução de um processo patológico". Desse modo, a identificação dos fatores de risco pré-concepcional e o seu manejo adequado é de grande importância para a saúde pública.

Ainda, segundo Rezende (2012), a prevenção da ocorrência de agravos, contribui para diminuir as altas taxas de mortalidade materna que representam

um importante desafio à saúde em todo o país. Situação que também pode ser verificada em nossa área de abrangência do PSF.

Destaca-se ainda, que no Brasil, as primeiras causas que levam as mulheres a adoecer e morrer são as doenças do aparelho circulatório, em especial a hipertensão arterial, causadora do acidente vascular cerebral (AVC), e infarto do miocárdio. A segunda causa de óbitos femininos são as neoplasias de mama, pulmão e colo do útero. Também as complicações das doenças sexuais transmissíveis incluem a doença inflamatória pélvica, responsável por infertilidade, dor crônica e gravidez ectópica (COELHO; PORTO, 2013)

De acordo com um levantamento realizado no município de Coronel Fabriciano, no ano de 2013, a Razão da Mortalidade Materna (RMM) foi de 166 mortes por 100.000 nascidos vivos, valor muito acima do preconizado pela OMS. Ainda segundo o estudo, as principais causas dos registros de morte materna foram a inadequada assistência, tanto durante o pré-natal, quanto no parto, o que pode ter agravado a saúde da mãe e da criança (CORONEL FABRICIANO, 2014).

O quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio - ODM 5, do qual o Brasil também é signatário, é melhorar a saúde Materna (BRASIL, 2014b). Para o ano de 2015 foram propostas duas metas globais a serem atingidas: A) reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990; B) universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva. De acordo com o autor, o principal indicador da meta A é a razão de mortalidade materna (RMM) que assinala a morte de mulheres durante a gravidez, o parto ou o puerpério - período de 42 dias após o parto (BRASIL, 2014b).

A meta B aponta para a necessidade de acesso a saúde sexual e reprodutiva, cujos indicadores consistem na taxa de prevalência do uso de anticoncepcionais e taxa de fecundidade das adolescentes. A questão da gravidez na adolescência está diretamente relacionada ao uso de métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2014b).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 19)

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990. A queda da morte materna se deve fundamentalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas.

Os principais motivos de registro de mortalidade materna são a assistência inadequada durante o pré-natal e o parto, o que pode agravar a saúde da mãe e da criança. Por isso a importância das ações de pré-natal, parto, puerpério e de planejamento familiar, porque a falha de controle de risco pré-concepcional, mantêm os índices elevados (CORONEL FABRICIANO, 2014a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) as mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. Desse modo, as mortes diretas são aquelas resultantes de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, num período de até 42 dias após o parto, decorrentes tanto de intervenções, omissões, tratamento incorreto, como também de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. Já as mortes maternas indiretas são aquelas devido a doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação, ou até mesmo, que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como por exemplo, os problemas circulatórios e respiratórios.

Destaca-se que o município de Coronel Fabriciano alcançou, em 2013, a menor Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), desde 2007, quando a TMI foi 19 óbitos por 1000 nascidos vivos. Em 2013, a taxa foi 9,3 por 1000 nascidos vivos. Desse modo, o município conseguiu realizar o desafio de diminuir para números aceitáveis a mortalidade infantil, o que pode estar evidenciando uma melhoria na qualidade da consulta de risco pré-concepcional, assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido (CORONEL FABRICIANO, 2014a).

Estamos longe do cumprimento do estabelecido pela Meta do Milênio, da Organização das Nações Unidas (ONU), pois ainda permanecemos aquém do índice de mortalidade proposto. Por isso, considero importante identificar o que pode ser feito para reduzir os números e contribuir para a melhoria da

qualidade da assistência. Assim, a redução da mortalidade materna e infantil são motivos que me inspiraram para realização desse trabalho. Acredito que, melhorando a consulta de planejamento familiar, identificando as mulheres que apresentam risco pré- concepcional e fazendo controle dessas mulheres será possível contribuir para a redução desses índices.

Tendo em conta os resultados que serão obtidos com este projeto de intervenção não existem dúvidas em relação ao benefício que poderá trazer para o cotidiano de trabalho da Equipe de Saúde da Família em que atuo. Além disso, por ser a morbimortalidade materna um problema muito frequente no município, este trabalho pretende contribuir para sua redução no território de atuação.

2 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle de risco pré-concepcional com vistas à redução da mortalidade materna no PSF São Domingo, Coronel Fabriciano/MG.

3 METODO

Utilizamos o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) em seus momentos explicativo, normativo, estratégico e tático operacional. Ao elaborar o Projeto de Intervenção foram utilizados os 10 do PES descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e sintetizados a seguir:

- 1º passo: definição dos problemas
- 2º passo: priorização dos problemas, ou seja, ponderação sobre a importância do problema, sua urgência, se a equipe é capaz de enfrentá-lo, enumerá-los de acordo com as prioridades e critérios definidos pela equipe de saúde.
- 3º passo: descrição do problema selecionado de acordo com a sua dimensão.
- 4º passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- 5º passo: seleção dos "nós críticos" (causas mais importante a serem enfrentadas);
- 6º passo: desenho das operações (descrição das operações, os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- 7º passo: identificação dos nós críticos (identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- 8º passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);

- 9º passo: elaboração do plano operativo (designação dos responsáveis por cada operação e definição dos prazos para a execução das operações);
- 10º passo: desenho do modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Foram realizadas também, pesquisas a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), site eletrônico do DATASUS, bem como levantamento de dados em relação ao problema pelo Método da Estimativa Rápida, dentre outros.

Para a revisão de literatura foram utilizadas, em sua grande maioria, as publicações entre 2000 e 2014, em português, obtidas por meio da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na biblioteca virtual ScientificElectronic Library Online (Scielo), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Foram utilizadas os seguintes descritores: risco, gravidez, atenção primária, prevenção.

Ressalta-se ainda, que as informações contidas no diagnóstico situacional realizado por ocasião da disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde serviram de base para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

4 REVISAO DE LITERATURA

4.1 O risco pré-concepcional

Segundo Ricardo (2004), o risco pré- concepcional é a probabilidade que tem uma mulher, não gestante, de sofrer danos (ou o produto da concepção) durante o processo da reprodução. Está condicionado por fatores e doenças associadas que podem incidir de maneira desfavorável no binômio durante a gestação, parto e puerpério. O risco pode ser de caráter biológico, psicológico e social. Também pode ter relação com as circunstancias individuais em que caso se desenvolveu.

O autor considera ainda, que em toda sociedade existem pessoas, famílias e até grupos com maiores probabilidades de adoecer do que outros. Estes grupos conhecidos como vulneráveis podem e devem ser identificados para que conhecidos os riscos, possam ser realizadas ações de saúde que contribuam para reduzir a probabilidade de adoecer (RICARDO, 2004).

É importante ressaltar que, a saúde familiar é muito mais que a somatória da saúde individual e de toda família, por isso deve-se também considerar o meio no qual a família se desenvolve, ou seja, a sociedade como um todo. Assim, a frequência do fator de risco na comunidade serve de base para determinação de risco atribuído, levando-se em consideração, o risco relativo em si e as demais consequências. Desse modo, o risco atribuído expressa o risco dentro da comunidade e seu conhecimento é muito importante para os responsáveis da saúde da área, município ou região, quando se busca reduzir a relevância dos fatores e risco da população.

Toda paciente portadora de risco gestacional por sua própria condição necessita ser controlada de forma permanente com visitas regulares para evitar complicações futuras durante e gravidez.

De acordo com Peixoto (2009) existem fatores múltiplos que influenciam diretamente no risco pré-concepcional e pré-natal. Para o autor, os principais fatores de risco são os seguintes: nível socioeconômico baixo, casais muito

jovens (menores de 17 anos), indivíduos maiores de 35 anos, gestações múltiplas, antecedentes de mortes fetais e pré-natais, desnutrição. Todos constituem fatores pessoais e sociais que ocorrem de maneira diferenciada dependendo da região do país. Ainda, segundo o autor, nem todos os autores consideram os mesmos fatores de riscos e, quando coincidem, não valorizam da mesma maneira, por isso, a importância do médico e da enfermeira, definirem quando uma condição determinada se constitui um risco reprodutivo, mediante uma valorização integral e particular para cada indivíduo (PEIXOTO, 2009).

Segundo Ricardo (2004) dentre as doenças prévias, temos as infecções virais, bacterianas e entre as adquiridas antes da gravidez, estão as infecções renais, respiratórias, doenças cardíacas, doenças crônicas, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Por isso, ressalta o autor, é muito importante se coletar dados sobre a história obstétrica anterior, para pesquisar se a mulher teve hipertensão em gestações anteriores, nascimentos mortos, abortos de repetição. Tudo isso nos lembra da importância do controle adequado desses pacientes de risco, que são as ações de atenção primária da saúde (RICARDO, 2004).

4.2 - Avaliação pré-concepcional

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 27) avaliação pré-concepcional é a consulta que o casal faz antes de ocorrer uma gravidez, com o objetivo de pesquisar a presença de fatores de risco ou doenças que possam modificar o desenvolvimento normal de uma gestação futura. Por isso, é considerado como uma poderosa ferramenta importante para a melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Ressalta-se, que pelo menos a metade, do total das gestações, não é inicialmente planejada, e, apesar disso, ela poderá ser desejada.

O autor considera ainda, que em muitas situações, a falta de planejamento se deve à ausência de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional, o que geralmente acontece com o

público adolescente. Por isso, é fundamental a implementação das ações voltadas ao planejamento familiar, onde os indivíduos possam ter uma escolha livre e bem informada, com incentivo à proteção, não somente a prevenção da gravidez, mas também do HIV, da sífilis e das demais DST). Ainda, de acordo com o autor, essas orientações poderão ser feitas:

[...] nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação, assim como parcerias com escolas e associações de moradores para a realização de atividades educativas (BRASIL, 2013, p. 27).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) as taxas de mortalidade materna e perinatal são indicadores que refletem as condições de vida das mulheres; subjacente à morbidade e qualidade de vida de uma sociedade, cultural, econômica e política; cobertura, bem como a qualidade dos serviços de saúde, além de condições de educação e alimentação.

Assim, vemos que dois terços das mortes de mulheres em idade fértil estão relacionados a complicações da gravidez. Para alcançar o controle de risco reprodutivo é importante desenvolver um processo na equipe de saúde que envolva parceiros, mulher e família, bem como melhorar as consultas de planejamento familiar (BRASIL, 2013).

A prevenção de complicações e morte durante a reprodução é um dos pilares para o desenvolvimento da saúde reprodutiva e o principal instrumento para alcançar esse objetivo é o adequado funcionamento da consulta de planejamento familiar como uma forma de controle de risco reprodutivo (BRASIL, 2013).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) ao analisar a situação atual de risco reprodutivo, podemos dizer que a gestão e controle são insuficientes, por desconhecimento da magnitude do problema, a distorção de enfoque e não realização das ações para sua modificação. A ocorrência de gestação não planejada e não desejada aumenta o risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal. O que se agrava mais, se ela ocorrer em mulheres com risco reprodutivo, daí a importância de garantir uma gestão e um

controle adequados. Por isso, é muito importante que a equipe de saúde tenha um bom manejo de área de abrangência e realizem o cadastramento e consulta de todas as mulheres que apresentem. Além disso, é importante que o município e estado disponibilizem recursos materiais e estabeleçam e controlem o fluxo de informação estatística sobre o risco reprodutivo, bem como, façam um balanço anual em relação aos comportamentos de risco e indicadores de saúde reprodutiva, para criar um plano de ação que logre melhorar controle de risco (BRASIL, 2013)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) assinala também, que dentre as atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem estar incluídas: anamnese e exame físico, inclusive ginecológico, e alguns exames laboratoriais. Devem ser investigados os problemas de saúde prévios e os atuais, bem como a história obstétrica, pois são importantes para a avaliação do risco gestacional. O autor ressalta ainda, que o objetivo da história clínica objetiva é identificar ocorrências de problemas de saúde que podem complicar a gravidez, tais como: diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireoide, os processos infecciosos, inclusive as doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Devem ser investigados ainda, a utilização de medicamentos, o hábito de fumar e o uso de álcool e drogas ilícitas (a futura gestante deve ser orientada quanto aos efeitos adversos associados). Além disso, deve-se levantar na história familiar a existência de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Na história obstétrica, deve-se levantar o número de gestações anteriores, de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento dos recém-nascidos e as possíveis complicações ocorridas nas gestações anteriores, bem como se houve abortamento, perdas fetais, hemorragias e malformações congênitas (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde salienta que durante a realização do exame geral, deve-se verificar, em especial, a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher. Deve ser realizado o exame clínico das mamas (ECM) e a coleta de material para o exame preventivo do câncer do colo do útero, principalmente na

faixa etária de risco (de 25 a 64 anos) e tendo como referencia os intervalos estabelecidos pela instituição (BRASIL, 2013).

Com relação às ações específicas relativas aos hábitos e ao estilo de vida, o Ministério da Saúde ressalta as seguintes atividades:

- Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis;
- Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realização da substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto;
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
- Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção);
- Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos (BRASIL, 2013, p. 28).

Em relação à prevenção e às ações que devem ser investigadas quanto às infecções, o autor aponta as seguintes:

- Rubéola e hepatite B: nos casos negativos, deve-se providenciar a imunização previamente à gestação;
- Toxoplasmose: deve-se oferecer o teste no pré-natal;
- HIV/Aids: deve-se oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste.
- Sífilis: nos casos positivos, deve-se tratar as mulheres e seus parceiros para evitar a evolução da doença, fazer o acompanhamento de cura e orientá-los sobre os cuidados preventivos para sífilis congênita.
- Para as demais DST, nos casos positivos, deve-se instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar a paciente para a sua prevenção (BRASIL, 2013, p. 28).

O Ministério da Saúde orienta que a avaliação pré-concepcional seja realizada nos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e HIV/Aids (BRASIL, 2013).

E finalmente, com relação às doenças crônicas, o Ministério da Saúde aponta a necessidade de se investigar:

aponta a necessidade de avaliação pré-concepcional quanto a presença de doenças crônicas, tais como: diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, epilepsia, infecção pela hepatite B ou C, infecções pelo HIV, doença falciforme e em outras situações, como nos casos de anemias, carcinomas de colo uterino e de mama.

Desse modo, ao fazer um bom controle do risco pré-concepcional, e trabalhando para modificar ou minimizar o risco nas mulheres que apresentam pode-se diminuir os índices mortalidade materna e infantil.

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO

5.1 Caracterização do município de Coronel Fabriciano e a área de atuação da ESF

O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,880 no ano de 2000 (classificado como elevado), enquanto o do Brasil era de 0,849. Em 2011 este índice o IDH era de 0,789, sendo o 71º maior de todo o estado de Minas Gerais. Com relação à educação, o município conta com 87 escolas nas redes públicas e particulares. A cidade também possui a maioria dos indicadores próximos à média nacional (CORONEL FABRICIANO, 2014b).

O serviço de abastecimento de água e coleta de esgoto é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), sendo que 93% dos domicílios são atendidos pela rede geral de abastecimento de água e 81% da população possui escoadouro sanitário. A água extraída para o suprimento da região do Vale do Aço vem de um aquífero localizado no subsolo (CORONEL FABRICIANO, 2014b).

Na área de abrangência do São Domingo existem famílias em situação de moradia precária, sendo que no ano 2012, 103 habitações eram casas de cômodos ou cortiço. Do total de domicílios, poucos eram próprios; 116 próprios em aquisição e maioria eram alugados, na região urbana (CORONEL FABRICIANO, 2014b).

Com relação ao setor saúde o município tem 02 hospitais e 03 clínicas privadas, com 06 laboratórios onde são realizados os exames por meio de convênios com a prefeitura. Nas especialidades odontológicas contamos com vinte consultórios odontológicos, destes, nove instalados em Unidades de Atenção Primária à Saúde, dez em escolas municipais /estaduais; um na APAE; e possui ainda, um Centro de Especialidades Odontológicas com quatro consultórios instalados, atendendo às especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Pacientes Especiais e Prótese (CORONEL FABRICIANO, 2014b).

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) ainda está em implantação no município, sendo que pelo número de equipes de ESF que possuímos serão implantados 03 NASF. A rede de saúde do município é composta por treze Unidades de Atenção Primária à Saúde; 16 equipes de Saúde da Família. Também tem um 01 Centro de Especialidades (CEPS), com atendimentos de ginecologia, mastologia, ortopedia, cardiologia, neurologia, urologia, dermatologia; um Centro de atendimento ao paciente com a Saúde Mental debilitada (CASAM) com atendimentos de psicólogos, psiquiatras, e assistentes sociais; um Núcleo Especializado em Programas de Saúde (NEPS) com atendimento a portadores de doenças sexualmente transmissíveis, além de tuberculose e hanseníase e serviço de fisioterapia (CORONEL FABRICIANO, 2014b).

A Secretaria Municipal de Saúde conta com um quadro de 776 profissionais, sendo estes em sua maioria contratos via concurso público (carga horária de 40h/semanais) e processo seletivo (30h/semanais), trabalhando, 8h/dia dentro do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de 07h00 as 19h00 horas (CORONEL FABRICIANO, 2014b).

Com relação aos aspectos epidemiológicos, o município incrementou a atenção aos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes, no final de 2010, e têm reduzido também, os portadores de tuberculose e casos de dengue, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Coronel Fabriciano (CORONEL FABRICIANO, 2014b).

A Equipe de Saúde da Família "Laranja" da ESF São Domingo, onde atuou como médica da família foi equipe implantada em junho 2014. Atualmente a unidade da saúde está sendo restaurada pela Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura atual. A Unidade Básica de Saúde conta com duas equipes da saúde, com um quadro total de vinte e cinco funcionários: dois clínicos, uma pediatra, uma enfermeira, quatro técnicos em enfermagem, um dentista pediátrico (+ secretária), um dentista (+ secretária), seis ACS, um psicólogo, uma nutricionista, dois auxiliares administrativo, um supervisor, dois auxiliares de serviços gerais e um vigia, ambos com horário de trabalho de 07:00 as 17:00 horas o atendimento médio clínico com 40 horas semanais. O município

conta com 6 ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e 1 micro-ônibus para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). A referência para a média e alta complexidade são os municípios de Belo Horizonte e Ipatinga. Ainda não funciona corretamente o sistema de referência e contra referência, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde encontra-se, junto com a Prefeitura, nessa gestão.

A ESF São Domingo possui uma sala para reuniões, uma recepção com quantidade suficiente de cadeiras para a demanda espontânea e programada, uma sala para consulta médica, uma sala para consulta de enfermagem, uma sala para pré-consulta, um almoxarifado, uma farmácia, uma sala de repouso com 1 cama, uma sala para os agentes de saúde, DML, uma sala de expurgo e de esterilização. Além da estrutura física, consulta de dentista, também se encontra bem equipada e com suficientes recursos e organização para o funcionamento da equipe.

Desde que cheguei a trabalhar na ESF São Domingo fiquei na Equipe Laranja, composta por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e três agentes comunitárias da saúde (ACS). Na área de abrangência temos um total de 456 famílias cadastradas segundo dados de cadastro familiar do censo de dezembro 2014 e a principal causa de internação de gestantes no ano 2014 foi complicações da hipertensão arterial (CORONEL FABRICIANO, 2014b).

5.2 Projeto de Intervenção

Inicialmente é importante destacar que para fazer um diagnóstico situacional de saúde de uma população foi necessário um tempo para poder levantar e estudar as informações de saúde, bem como ter um bom conhecimento da população da área de abrangência, além de identificar o número total de pessoas que estão com risco e que necessitam de um atendimento. Também é importante selecionar os indicadores mais apropriados para descrever os problemas de saúde existentes e desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde.

Ao elaborar o Projeto de Intervenção foram utilizados os 10 do Planejamento Estratégicos Situacionais descritos por Campos; Faria; Santos (2010) descritos a seguir:

5.2.1 Definição dos problemas

Para realizar o diagnóstico de saúde da população da área de abrangência de minha equipe, foi necessário tempo para poder estudar a informação já cadastrada, situação geográfica, econômica social e religiosa e o número total de pessoas que estão identificadas como risco. Também foi importante selecionar os indicadores diagnósticos mais apropriados para descrever os problemas de saúde existentes e desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde. Para identificar reconhecer os problemas de saúde, mais frequente até momento, tivemos uma reunião com a equipe de saúde para estabelecer os problemas e classificar dentre eles, o prioritário, o que só foi possível por meio da realização da estimativa rápida. Desse modo, foi possível identificar os seguintes problemas de saúde:

- Cânceres detectáveis precocemente
- Doenças sexualmente transmissíveis.
- Doentes crônicos em abandono de tratamento integral.
- Idosos sozinhos.

- Baixo controle pré-concepcional - temos 38 grávidas e todas com algum tipo de risco, sendo os mais importantes: adolescentes, fumantes, doentes crônicas, e, até com câncer de mama.
- Identificamos pacientes com doenças sexualmente transmissíveis e com muito pouca utilização de preservativo.
- Gravidez de alto risco.
- Tratamos de doentes crônicos em abandono de tratamento integral, ou seja, que não fazem uso correto de medicação controlada e não tem bom estilo de vida referido para o seu autocuidado.
- Em nossas visitas domiciliais consultamos vários idosos com falta de cuidados por sua família.

5.2.2 Priorização do problema

No **Quadro 1** são apresentados os principais fatores relacionados ao baixo controle pré-concepcional de acordo com a análise e priorização pela Equipe de Saúde Laranja da ESF São Domingo. Desse modo, foi possível ponderar sobre a importância de cada fator relacionado ao problema, sua urgência, se existe possibilidade de enfrentamento, sendo enumerados de acordo com as prioridades e critérios definidos pela equipe de saúde.

Quadro1 -Fatores relacionados ao baixo controle pré-concepcional de acordo com a análise e priorização pela Equipe de Saúde Laranja da ESF São Domingo.

Principais fatores	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixo índice de mulheres classificada como risco pré-concepcional	ALTA	7	PARCIAL	1
Consulta de planejamento familiar não funciona.	ALTA	6	PARCIAL	2
Poucas ações de saúde de promoção e prevenção em nossa	ALTA	5	PARCIAL	3

Comunidade.				
-------------	--	--	--	--

Fonte: Perez, 2015.

5.2.4 Descrição e explicação do problema selecionado de acordo com a sua dimensão e causas.

Com o intuito de se conhecer melhor o problema da faixa de controle do risco pré-concepcional, foram levantadas algumas informações por meio do método da estimativa rápida. Assim foi possível identificar os principais riscos deste grupo de mulheres em idade fértil, tais como: idade, estado civil, hábitos em relação a utilização de substâncias tóxicas, classificação por índice de massa corporal, história de baixo peso ao nascer, tipo de controle anticoncepcional e doenças crônicas associadas. A partir dessas informações foi possível conhecer melhor as mulheres da área de abrangência e suas características em relação aos principais riscos pré-concepcional, como pode ser verificado no **Quadro 2**, a seguir:

Quadro 2 - Principais características em relação aos possíveis riscos pré-concepcional identificados por meio da estimativa rápida.

Características	Tipo	Categoria	Descrição	Indicador
Idade	Quantitativa Continua	Menor 18 anos Maior 35 anos	Refere-se à idade biológica	Número Absolutos %
Estado civil	Quantitativa Nominal	Solteira Casada Acompanhada	Caso refere-se ou não, se casada ou solteira.	Números Absolutos
Hábitos Tóxicos	Qualitativa Nominal	Sim Não	Refere-se ao fator de tabagismo ou não do paciente	Números Absolutos %
Valorização Índice Massa Corporal	Quantitativa Nominal	Peso adequado baixo peso, sobrepeso, obeso	O paciente tem um peso saudável; se era baixo peso, sobrepeso ou obeso antes da gravidez.	Números Absolutos %
Histórico de baixo peso ao nascer	Qualitativa Continua	1000grs a 14999grs 1500grs a 2499grs	Refere-se peso recém-nascido	Números Absolutos %

Tipo de controle anticoncepcional	Quantitativa	Esteroides injetáveis, Pílulas anticoncepcionais, Camisinha, Diafragma, DIU	Refere-se ao método contraceptivo utilizado pelo paciente	Números Absolutos %
Doenças Associadas	Quantitativa Nominal	HA Diabetes Anemia A asma brônquica Nefropatia Doença cardíaca	Doença crônica que tem paciente antes gravidar	Números Absolutos %

Fonte: Perez, 2015.

Com relação à idade e o risco pré-concepcional, verificou-se que as mulheres em idade sexualmente ativa, em especial entre os 26 e 35 anos era de 49%, como pode ser verificado na **Tabela 1**. Este dado coincide com os autores estudados que relacionam o risco reprodutivo, em sua maioria, com a idade fértil. Ressalta-se que o número de nascimento tem diminuído desde o início dos anos 1990.

Tabela 1 - Número bruto e % de mulheres da área de abrangência com risco pré-concepcional.

Faixa etária	Número	%
15-19	8	8%
20-25	27	27%
26-35	49	49%
36-40	12	12%
40-49	3	3%

Fonte: Perez, 2015.

Com riscos atenuados a idade ótima para gestação seria entre 20 a 29 anos. A mulher muito jovem também constitui um risco, assim como as maduras biologicamente. Entre os efeitos que se atribuem a idade de risco encontra-se a mortalidade pré-natal, mortalidade infantil por baixo peso ao nascer, mortalidade materna, malformação congênita, pré-eclâmpsia, prolapso uterino, doenças de colo e incremento de cesariana.

Outro aspecto analisado na população da área de abrangência foi o estado civil, compreendendo que aquelas mulheres que tem de arcar com sua sobrevivência e a de sua prole, sem ter um companheiro com quem dividir o ônus financeiro e emocional da criação de filhos, possuem um fator de risco maior durante a gravidez. Ao conhecer melhor a população de mulheres verificamos que 47% delas são solteiras e 33% correspondem às mulheres com um companheiro, como pode ser observado na **Tabela 2**, a seguir:

Tabela 2 - Número e percentual de mulheres em relação ao estado civil.

Estado civil	N	%
Solteiras	47	47%
Casada	20	20%
Acompanhada	33	33%

Fonte: Perez, 2015.

É importante destacar que o item anterior coincide com os autores estudados que concordam que o risco é maior em mulheres que não possuem relações estáveis, o que é denominado por alguns de "produção independente".

Com relação aos hábitos de risco em relação a substâncias tóxicas, verificou-se que o tabagismo é mais frequente nos pacientes de risco 41% e pode ser verificado na **Tabela 3**, o que está em concordância com os autores estudados.

Tabela 3- Número e percentual dos riscos relacionados ao uso de substâncias tóxicas.

Riscos mais comuns	N	%
Álcool	3	3%
Tabagismo	41	41%

Fonte: Perez, 2015.

É importante salientar que o hábito do tabagismo durante a gravidez esta relacionado com o atraso do crescimento uterino, parto prematuro, baixo peso

para idade gestacional, morte fetal e pré-natal. Os autores estudados estimaram que uma população em que 25% das mulheres grávidas fumam, 1% dos filhos nasceu com algum problema (WILLIAMSON *et al.*, 1991).

Com relação ao índice de massa corporal, pode-se verificar que o sobrepeso das pacientes é um fator importante relacionado com o risco pré-concepcional e que a estimativa rápida apontou que 48% delas possuem sobrepeso, como pode ser verificado na **Tabela 4**, a seguir:

Tabela 4 - Número e percentual relacionado a classificação segundo o Índice de Massa Corporal- IMC.

Índice Massa Corporal - IMC	N	%
Baixo peso	31	31%
Sobrepeso	48	48%
Obeso	21	21%

Fonte: Perez, 2015.

O estudo nutricional mulheres em idade fértil constitui um determinante para os resultados de gravidez, para a mãe e o filho. Em países em desenvolvimento o tabagismo dispara na ordem de maior importância a de fatores nutricionais. A má nutrição materna aguda causa redução de peso ao redor de 105 do peso médio causa efeitos como mortalidade materna fetal e baixo peso ao nascer (RICARDO, 2004).

Na **Tabela 5**, a seguir, pode-se verificar a relação entre o risco pré-concepcional e os antecedentes obstétricos.

Tabela 5 – Número e percentual relacionado aos antecedentes obstétricos como risco pré-concepcional.

Tipos de Riscos	N	%
Recém-nascido baixo peso 1000 gramos	1	7,14%
Recém-nascido baixo peso (1500-2499)	8	57,14%
Malformação Congênita	3	21,42%

Mortes Fetais	2	14,28%
ABORTOS	0	0%
Total	14	100%

Fonte: Perez, 2015.

Ao analisar a Tabela 5, pode-se verificar a relação entre o risco e os antecedentes obstétricos. Observa-se que o mais frequente foi baixo peso ao nascer (entre 1500 e 2449 g) com 8 pacientes, o que coincide com os autores estudados. Em seguida aparece a malformação congénita com 03 pacientes e 02 mortes fetais.

O recém-nascido com baixo peso constitui um importante problema em muitos países desenvolvidos. As causas do baixo peso ao nascer podem decorrer por alterações na mãe, placenta o feto, a maioria delas por causas desconhecida ou multifatorial (RICARDO, 2004). Tem maior risco associado a mortalidade perinatal e infantil, o baixo peso, a malformação congênita e morte fetal.

Com relação ao tipo de controle anticoncepcional verificou-se que (Tabela 6) o tipo de controle, mais utilizado por nossas pacientes de risco foram os esteroides injetáveis com 46%. Também foi muito frequente a ausência de anticonceptivos.

Tabela 6 - Número e percentual relacionado ao tipo de controle concepcional.

Tipo de controle anticoncepcional	N	%
Esteróide Injetáveis	46	46%
Tabletes Anticonceptivos	11	21%
Camisinha	8	8%
Diafragma	0	0
DIU	0	0
Não usa nenhum controle	35	35%

Fonte: Perez, 2015.

Houve um incremento nas farmácias da ESF São Domingo de anticoncepcionais fornecidos pelo governo, e também, a promoção do uso de camisinha para prevenir doenças de transmissão sexual e gestações não planejadas. Em estudos revisados somente 23% das gestantes, uma de cada 5 que não desejava a gestação, tinha utilizado em algum momento, um método anticoncepcional e cerca de 50 % tinham como critério a não possibilidade real de ficar gestante em uma relação sexual não protegida. Existem leis no Brasil que favorecem o planejamento familiar, a exemplo da Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009 *apud* COELHO; PORTO, 2013, p.42), os direitos sexuais e direitos reprodutivos constituem uma extensão dos direitos humanos, ou seja, direito das pessoas de decidirem, de maneira livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que tempo de suas vidas; o direito à informação, aos meios, métodos e técnicas para ter filhos, ou mesmo não tê-los; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução de maneira livre de discriminação, obrigação e agressão. A garantia dos direitos sexuais constitui ainda, o direito de eleger o parceiro ou parceira sexual e de viver inteiramente a sexualidade sem temor, acanhamento, culpabilidade e crenças falsas, e também, decidir se quer ou não ter relação sexual. Aponta para o direito ao sexo seguro com meios para a anticoncepção e prevenção de DST/HIV/AIDS, bem como aos serviços de saúde que preservem a privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.

A relação entre as doenças crônicas associadas ao risco pré-concepcional pode ser observada na **Tabela 7**, a seguir:

Tabela 7 - Número e percentual em relação a doenças crônicas associadas ao risco pré-concepcional.

Doenças associadas	N	%
Hipertensão Arterial	8	8%
Diabetes	2	2%
Anemia	5	5%
Cardiopatia	0	0

Asma Brônquica	2	2%
Outras	1	1%
Nenhuma	82	82%
Total	100	100%

Fonte Perez, 2014.

Na tabela 6, a relação entre doenças associadas ao risco podemos ver como as doenças mais frequente em nossas pacientes foram a hipertensão arterial com 8 pacientes (8%), a anemia com 5 pacientes (5%) e asma brônquica com 1 paciente (1%). Em estudos realizados anteriormente se observou também que as afeções mais frequentemente encontrada foram a hipertensão arterial, a anemia, asma brônquica e a diabetes. A incidência de hipertensão e gravidez estão estimada num intervalo de 10 a 205. Também são citadas cifras inferiores e superiores. Estas diferenças decorrem em distintas regiões, raças e fatores socioeconômicos e culturais.

No Brasil as primeiras causas que levam as mulheres a adoecer e morrer são as doenças do aparelho circulatório, hipertensão arterial e hemorragias como acidente vascular cerebral (AVC), infarto do miocárdio. Na gestação constituem uma sobrecarga para o organismo que afeia a todos os sistemas, por isso existe uma maior probabilidade de descontroles das doenças e dentre os efeitos que se atribuem, ocorre com frequência a morte materna. Morbilidade materna, mortalidade perinatal, mortalidade infantil (COELHO; PORTO, 2013).

5.2.5 -Quinto e sexto passos: seleção dos "nós críticos" (causas mais importante a serem enfrentadas) e desenho das operações (descrição das operações, dos produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações, podem ser observados no **Quadro 3:**

Quadro 3 Seleção dos nós críticos e desenho das operações para o problema, baixo controle do risco pré-concepcional PSF São Domingo, Coronel Fabriciano/MG- 2014.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
		Incrementar usos de		
Hábitos e estilos de vida inadequados	Viver Bem Modificar hábitos e estilos de vida	métodos contraceptivos Diminuir das gestações de risco	Educação em Saúde através de programas de comunicação, escolas.	Cognitivo - conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação; Político - mobilização social, parcerias com a rádio local e entre setores-saúde, educação, social; Financeiro - Aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos informativos;
Nível de informação baixo	Informar saúde Aumentar o nível de informação da população sobre risco pré-concepcional e importância de planejamento familiar.	Aumento do nível de informação da população sobre o tema; aumento da autonomia do paciente; conscientização e envolvimento da família.	Atividades educativas em grupos, escolas e rádio, reuniões nas comunidades; Capacitação de profissionais.	Cognitivo - conhecimento sobre o tema; Político - mobilização social, parcerias com a rádio local, líderes comunitários e entre setores-saúde, educação, social.

	Ofertar saúde Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para assistência e realização de atividades educativas e equipe multidisciplinar e funcionamento consulta de planejamento familiar	Estrutura física dos serviços de saúde mais adequada para atendimento; oferta de maior número de exames, consultas e medicamentos.	Implantação de maior números de exames e consultas especializadas; Capacitação de profissionais	Cognitivo - conhecimento para capacitação de pessoal e boa adequação da estrutura física; Político - decisão de estruturar o serviço e aumentar recursos; Financeiro - melhorar a estrutura física da unidade, para equipá-la; para aumento da oferta de consultas, exames e medicamentos
Processo de trabalho da equipe	O processo do Cuidar Elaborar protocolo clínico para controle	Planejamento do processo de trabalho de forma que aumente a cobertura de promoção de saúde	Implantação de protocolo clínico de atendimento ao paciente com risco; capacitação de	Cognitivo - conhecimento para elaboração de protocolos; Político - parcerias
	pré-concepcional		profissionais; aumento de recursos humanos (se necessário)	entre os setores da saúde; Financeiro - recursos para contratação de profissionais e materiais para capacitação; Organizacional - organização dos fluxos de referência e contra- referência e da elaboração do protocolo

Fonte Perez 2015.

5.2.6 Identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.

A identificação dos recursos críticos para o problema baixa controle de risco pré-concepcional pode ser vista no **Quadro 4**, a seguir:

Quadro 4- Recursos críticos para o problema baixo controle do risco pré-concepcional ESF São Domingo, Coronel Fabriciano/MG- 2014.

Operação\projeto	
Planejamento adequado consulta planejamento familiar segundo protocolo do ministério da saúde.	Cognitivo. Político do sector da Saúde e outros níveis da atenção. Organização- Reuniões para funcionamento da consulta.
Atualização do cadastro de 100 % mulheres constitui risco pré-concepcional	Organizacional e cognitivo. Envolver as agentes comunitárias no planejamento e levantamento das gestantes do território. Financeiro.
Elaborar um roteiro para uma consulta de risco pré-concepcional de melhor qualidade.	Cognitivo. Político, articulação entre o setor da saúde com os outros níveis de atenção e profissionais. Organizacionais - reuniões de planejamento com e equipe laranja de saúde da PSF São Domingo

Fonte: Perez, 2015.

5.2.7 Análise da viabilidade do Plano

No **Quadro 5** podem ser observadas as ações propostas para motivar os atores que serão responsáveis direta ou indiretamente pelo desenvolvimento de cada operação.

Quadro 5 - Proposta de ações para motivar os atores responsáveis para o enfrentamento do baixo controle de risco pré-concepcional, na ESF São Domingo, Coronel Fabriciano/MG-2014.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida. Incentivar as ações educativas	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para Aquisição de recursos Audiovisuais, folhetos Educativos, etc.;	Setor de Comunicação social Secretário de Saúde e da educação.	Favorável Favorável	Não é necessária Apresentar projeto

<p>+ Informação Aumentar o nível De informação da população de consulta planejamento familiar</p>	<p><u>Organizacional:</u> mobilização social em torno dos problemas; <u>Político:</u> articulação Intersetorial e aprovação dos projetos; <u>Financeiro:</u> financiamento do projeto, por exemplo: capacitação dos ACSS. <u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógicas;</p>	<p>Setor de comunicação social Secretário de Saúde Secretaria da educação Equipe de Saúde</p>	<p>Favorável Favorável Favorável Favorável</p>	<p>Apresentar projeto</p>
<p>+ Instrumentos para o cuidado Implantar roteiro de consulta de risco pré- concepcional para melhorar qualidade.</p>	<p><u>Político:</u> decisão de aumentar os recursos físicos e humanos para ações preventivas; <u>Financeiro:</u> recursos necessários para capacitar aos professores e Agentes de Saúde das conseqüências da gestação na adolescência.</p>	<p>Secretário de Saúde Secretaria da educação</p>	<p>Favorável Favorável Favorável</p>	<p>Apresentar projeto e elaborar o protocolo de ações</p>
	<p><u>Organizacional:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>			

Fonte: Perez, 2015.

5.2.8 Elaboração do plano operativo.

Para obtenção de resultados satisfatórios até a implantação das ações preventivas de saúde, buscou-se parcerias com os serviços do setor educativo, secretarias de educação e serviço social, como pode ser verificado no **Quadro 6**, a seguir.

Quadro 6 - Plano operativo para enfrentamento do baixo controle de risco pré-concepcional na PSF São Domingo, Coronel Fabriciano, M/G, 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida. Incentivar ações de prevenção y promoção de saúde.	Diminuir os índices mortalidade materna e infantil Diminuir os riscos do baixo peso ao nascer, prematuridade, deserção escolar.	- Educação em saúde (palestras) Campanha educativa Na rádio local e distribuição de folhetos educativos, Incrementar as ações de saúde pela Equipe de Saúde	Apresentar alternativas e os números referentes ao adoecimento no município.	Setor de Comunicação social Secretário de Saúde Secretaria da Educação	Educação em saúde - 2 meses, levantamento de dados - 6 meses.
+ Informação Aumentar o nível de informação Da população	População informada Sobre riscos pré-concepcional e consulta planejamento familiar com finalidade diminuir mortalidade materna e infantil	Avaliação do nível De informação da População sobre os riscos pré-concepcional e consequências. Campanha educativa Na rádio local; - Programa de Saúde Escolar;	Palestras, buscar parcerias, visita às escolas da rede publica e estadual.	Equipe de saúde Professores Setor de Comunicação social Secretaria saúde secretaria Educação.	Parcerias - 2 meses, Capacitação dos ACS - permanente Educação em saúde e visita as eescolas - 2 dameses
		- capacitação dos ACS.			
+ Instrumentos para o cuidado Implantar um roteiro de atendimento para melhorar qualidade consulta risco pré-concepcional com mecanismos De referência e contra referência	Mapear e dar cobertura de 100% Da população, identificando as mulheres em idade fértil que constitui risco pré-concepcional.	- Protocolos Implantados - recursos humanos Capacitados; - regulação Implantada; - gestão da linha de Cuidada implantada	Elaboração do protocolo, ações Inter setoriais.	Enfermeiros e coordenação da saúde Equipe de Saúde e secretaria de saúde. Setor de Comunicação social	Mapeamento - 3 meses Protocolo-Início em três meses E finalização em 12 Meses.

Fonte: Perez, 2015.

5.2.9 - Modelo de gestão do plano de ação

A planilha apresentada no **Quadro 7**, a seguir, tem por objetivo apresentar o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 7 - Planilha para acompanhamento de projetos e situação atual de gestão do Plano operativo para enfrentamento do baixo controle do risco pré-concepcional na PSF São Domingo, Coronel Fabriciano, /MG-2015.

Operação: + Saúde					
Coordenação: Enfermeira - Avaliação após seis meses do início do projeto					
Operação '+ Saúde'					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Palestras educativas	Enfermeiro	6 meses	Realização mensal em o micro áreas		
Programa na radio local	ACs	6 meses	Atrasado	Processo em negociação com o dono da radio	6 meses

Fonte: Perez (2015).

Operação: + Informação					
Coordenação: Enfermeira e professores - Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Palestras educativas e Implantação do Programa de Saúde	Enfermeiro e professoras	6 meses	Realização mensal de palestras em todas as escolas municipal e reuniões da equipe	Implantação parcial na rede estadual, Incompatibilidade horários e greves.	6 meses
Capacitação dos ACS.	Coordenador de saúde, Enfermeiro.	6 meses	Foi feita a realização e treinamento dos Agentes de Saúde, ainda ficam pendente novas agentes pela capacitação.	Os agentes não capacitados ficavam doentes.	6 meses

Operação: mais Instrumentos para o cuidado

Coordenação: Enfermeira e coordenador de saúde - Avaliação após seis meses do início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Mapeamento	Secretario de Saúde	12 meses	Andamento		
Implantação de Protocolos	Enfermeiros e coordenador em saúde	12 meses	Andamento		

Fonte: Perez 2015

7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do projeto de intervenção apontam que foi possível identificar os principais riscos pré-concepcional do grupo de mulheres da Unidade de Saúde São Domingo. A idade ótima para gestação encontra-se na faixa etária entre 20 a 29 anos, pois apresenta riscos mais atenuados. A mulher muito jovem também pode apresentar riscos, como também as mais maduras biologicamente. Entre os efeitos que se atribuem a idade de risco encontra-se a mortalidade pré-natal, mortalidade infantil por baixo peso ao nascer, mortalidade materna, malformação congênita, pré-eclâmpsia, prolapso uterino, doenças de colo e incremento de cesariana.

O estado civil também foi um dos riscos analisados, pois por meio da técnica de estimativa rápida verificamos que 47% delas eram solteiras e 33% correspondiam às mulheres com um companheiro. Verificou-se um maior percentual de mulheres que tem de arcar com sua sobrevivência e a de sua prole, sem ter um companheiro com quem dividir o ônus financeiro e emocional da criação de filhos, o que constitui um fator de risco maior na gravidez.

Com relação aos riscos em relação a substâncias tóxicas, verificou-se que o tabagismo era mais frequente nos pacientes de risco 41%. Sabe-se que o hábito do tabagismo na gravidez esta relacionado com o atraso do crescimento uterino, parto prematuro, baixo peso para idade gestacional, morte fetal e pré-natal.

Ainda com relação ao índice de massa corporal, verificou-se que 48% delas possuem sobrepeso, fator preocupante porque o estudo nutricional das mulheres em idade fértil constitui um determinante para os resultados de gravidez.

Com relação ao tipo de controle anticoncepcional verificou-se que o tipo de controle mais utilizado por nossas pacientes de risco foram os esteroides injetáveis com 46%. Também foi muito frequente a ausência de anticonceptivos.

Pode-se verificar a relação entre o risco e os antecedentes obstétricos. E

destes o mais frequente foi baixo o peso ao nascer (entre 1500 e 2449 gr).

Com relação às doenças associadas ao risco verificou-se que a doença crônica mais frequente em nossas pacientes foi a hipertensão arterial.

A atenção a mulher desde a etapa pré-concepcional com a identificação precoce dos riscos é reconhecida como um fator indispensável para garantir uma atenção pré-natal de qualidade. Desse modo, planejar a gravidez de acordo com os protocolos estabelecidos, tendo em conta estratificação de risco pré-concepcional, continua em andamento e produzindo uma motivação muito favorável em toda equipe de saúde.

Assim, pode-se concluir que o controle do risco pré-concepcional constitui um dos programas mais importante na atenção à saúde da mulher para assegurar o desenvolvimento de uma gravidez com o menor risco para a mãe e um filho saudável. Destaca-se também, a consulta de planejamento familiar, pois pode favorecer uma gravidez planejada e com menos risco. O resultado deste projeto de intervenção apontou que é possível o desenvolvimento satisfatório de uma gravidez com pouco ou nenhum risco para mãe e filho e a diminuição dos índices mortalidade materna e infantil.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**. - 3ª edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf . Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. PAISM - **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher** - Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: politicandosaude.blogspot.com.br/2011/01/programa-de... Acesso em 20 fev.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2041.pdf/> Acesso em 20 fev.2015.

BRASIL; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais, 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313520 Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. 1. ed. rev. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf . Acesso em: 20 maio, 2015.

BRASIL; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades, 2014**. Brasília: IBGE, 2014a. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313520 Acesso em 20 maio 2014.

BRASIL. Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (IPEA). Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2014b. Disponível em: pt.slideshare.net/Marcusrenato/odm-objetivos-de... Acesso em: 23 fev.2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 20 maio 2014.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPMED. 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_da_mulher_2/223>. Acesso em: 25 maio 2014.

CORONEL FABRICIANO. Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano (PMCF). Assessoria de Imprensa. **Organização do Município**. Coronel Fabriciano: PMCF, 2009. Disponível em: http://www.fabriciano.mg.gov.br/Materia_especifica/6501/A-criacao-do-municipio. Acesso em: 22 mar. 2014.

CORONEL FABRICIANO. Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano (PMCF). Assessoria de Imprensa. **Prevenção da mortalidade materna é tema de seminário**. Coronel Fabriciano: Prefeitura Municipal, 2014a. Disponível em: http://www.fabriciano.mg.gov.br/Materia_especifica/18398/Prevencao-da-mortalidade-materna-e-tema-de-seminario Acesso em: 20 set. .2015.

CORONEL FABRICIANO. Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano. **Informações sobre a Secretaria Municipal de Saúde**. Coronel Fabriciano: Prefeitura Municipal, 2014b.

MORSE, M. L. *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública [online]**. 2011, vol.27, n.4, pp. 623-638. ISSN 0102-311X. Disponível em: Acesso em: 25 out. 2015.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**: 10. revisão. 8. ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Ed. Universidade de São Paulo; 2000. v.1.

PEIXOTO, S. **Preconcepção**: gravidez de 12 meses. São Paulo: Roca, 2009.

REZENDE, C. L. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco em Centro de Atendimento à Mulher do município de Dourados**. 2012. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8223-qualidade-de-vida-das-gestantes-de-alto-risco-em-centro-de-atendimento-a-mulher-do-municipio-de-dourados-ms.pdf> . Acesso em: 20 jun. 2015.

RICARDO, O. R. **Obstetrícia y ginecologia**. Havana: Editorial Ciências Médicas, 2004. Disponível em: https://apuntsdemedicina.files.wordpress.com/2012/01/ginecologia_obstetricia.pdf . Acesso em: 20 set.2015.
https://apuntsdemedicina.files.wordpress.com/2012/01/ginecologia_obstetricia.pdf

WILLIAMSON, D. F.; MADANS, J.; ANDA, R. F., KLEINMAN, J. C., GIOVINO, G.A., BYERS, T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. **N Engl J Med**. 1991; 324:739-745.