

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

ELSA HERNANDEZ TORRES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
NUTRICIONAL EM GESTANTE COM VISTAS A REDUÇÃO DA
DIABETES GESTACIONAL**

IPATINGA – MINAS GERAIS

2016

ELSA HERNANDEZ TORREZ

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE

NUTRICIONAL EM GESTANTE COM VISTAS A REDUÇÃO DA DIABETES GESTACIONAL

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Márcia Bastos Rezende

IPATINGA – MINAS GERAIS

2016

ELSA HERNANDEZ TORRES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
NUTRICIONAL EM GESTANTE COM VISTAS A REDUÇÃO DA
DIABETES GESTACIONAL**

Banca examinadora:

Profa. Dra. Márcia Bastos Rezende (orientadora) – UFMG

Profa. Polyana Oliveira Lima (Examinadora) – UFAL

Aprovada em Belo Horizonte 07 de julho de 2016.

DEDICATÓRIA

Não fique esperando o futuro para ser feliz, faça do presente sua alegria. Dedico meu trabalho a todo povo brasileiro, em especial, às mulheres grávidas do nosso

município.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, meus filhos, pelo apoio ao nosso belo trabalho para o povo brasileiro. Também muito obrigada aos meus colegas Yunia e Manuel por nossa linda amizade. Muito obrigada a todos meus companheiros do posto, da

secretaria, ao meu supervisor Sérgio e muito obrigada por sua orientação, sua paciência e toda força para poder terminar este trabalho a orientadora Márcia Bastos Rezende.

RESUMO

O município de Coronel Fabriciano está localizado na microrregião do Vale do Aço, Estado Minas Gerais, e possui uma população de 109.368 mil habitantes. Após diagnóstico situacional feito pela nossa equipe de saúde do centro em Coronel Fabriciano/MG foi priorizado como problema de pesquisa o incremento de doenças crônicas associadas a gestação e delas a elevada incidência de casos de diabetes mellitus gestacional. Esta é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável e se inicia durante a gestação. Então decidi elaborar um projeto de intervenção com vistas reduzir a mortalidade materno e infantil a partir do controle nutricional em gestantes com obesidade, sobrepeso e doenças endócrino metabólicas associadas. A metodologia

utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional. 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. Após a implementação do Projeto de Intervenção, percebeu-se um incremento notável na qualidade e quantidade de consultas pré-natais, com cadastro de 100% das gestantes do território.

Palavras-chave: Pré-natal. Prevenção. Risco. Gravidez.

ABSTRACT

The city of Coronel Fabriciano is located in the micro Steel Valley, Minas Gerais, and has a population of 109,368,000 inhabitants. After situational diagnosis made by our health center staff in Coronel Fabriciano / MG was prioritized as research problem the increase of chronic diseases associated with pregnancy and their high incidence of gestational diabetes mellitus. This is defined as a change in carbohydrate metabolism, resulting in hyperglycemia and variable intensity begins during gestation. Therefore, I decided to develop an intervention project aimed to reduce maternal and infant mortality from nutritional control in pregnant women with obesity, overweight and metabolic endocrine diseases. . The methodology used was the Situational Strategic Planning. It was held also a literature review from articles found in health databases, such as SciELO (Scientific Electronic Library Online Google Scholar) in Portuguese. After the implementation of the intervention project, we realized a remarkable increase in the quality and quantity of prenatal consultations, with

registration 100% of pregnant women in the territory.

Key words: Prenatal. Prevention. Risk. Pregnancy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CASAM	Centro de Atendimento ao Paciente com a Saúde Mental Debilidada
CEESF	Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família
CEPS	Centro Especialidade Processos Seletivos
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDH	Índice Desenvolvimento Humano

IMC	Índice de Massa Corpórea
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde Família
NEPS	Núcleo Especializado em Programas de Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NPH	Insulina Humana
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS:.....	13
4 METODOLOGIA	14
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	19
6.1 PRIMEIRO PASSO: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS.....	20
6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMA	20
6.3 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS	21
6.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO	23
6.5 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS DO PROBLEMA	23

6.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES PARA OS NÓS CRÍTICOS DO PROBLEMA	23
6.7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS OPERAÇÕES DEFINIDAS PARA O ENFRENTAMENTO DOS “NÓS” CRÍTICOS DO PROBLEMA	25
6.8 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO	26
6.9 PLANO OPERATIVO.....	28
6.10 GESTÃO DO PLANO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do município

O município de Coronel Fabriciano está localizado na região do Vale do Aço Minas Gerais. A população estimada 169.363 habitantes para 2015 e ocupa área de 221,049km², com uma densidade populacional de 469,1 hab./km² (IBGE, 2015).

Em 27 de dezembro de 1948, depois de um longo processo tramitado na Assembleia Legislativa do Estado, o governador Milton Campos assina a Lei nº 336, criando o município de Coronel Fabriciano, abrangendo os povoados de Timóteo, Barra Alegre e Ipatinga. A instalação oficial deu-se no dia 1º de janeiro de 1949, em sessão presidida pelo juiz de paz José Anastácio Franco. Assumiu como intendente o Dr. Antônio Gonçalves Gravatá, com o distinto objetivo de organizar a administração municipal e entregá-lo ao prefeito oficial, eleito pela população (IBGE, 2015).

Em 1950, é instalado o Colégio Angélica, instituição mantida pelas Irmãs Carmelitas da Divina Providência, pioneiras do Vale do Aço na Educação Pré-escolar, 5ª a 8ª séries e ensino médio. O ensino primário já existia de forma regular desde 1928, 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 (IBGE, 2015).

O serviço de abastecimento de água e coleta de esgoto é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa). Os 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 aluvionar localizado no subsolo (IBGE, 2015).

Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Coronel Fabriciano era, no ano de 2013, de 5,4 (numa escala de

avaliação que vai de nota 1 à 10), sendo que a nota obtida por alunos do 5º ano foi de 6 e do 9º ano foi de 4,7; o valor das escolas públicas de todo o Brasil era de 4,5 (BRASIL, 2014b)

Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da longevidade em Fabriciano era de 0,715 (ATLAS, 2013).

Na área de abrangência do Posto de Saúde do Centro, onde atuo como médica do Programa "Mais Médicos" do Ministério da Saúde existem famílias em situação de moradia precária. Destas 127 habitações, no ano 2010, eram de casas de cômodos ou cortiço. Do total de domicílios, poucos são próprios. Somente eram 11 de aquisição própria, a maioria é alugada (ATLAS, 2013).

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).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b).

“Este é o objetivo que o Brasil tem mais dificuldade de atingir. O país melhorou, mas ainda não alcançou a meta de reduzir em $\frac{3}{4}$, entre 1990 e 2015, a razão da mortalidade materna. Segundo estimativas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde de 1990 a 2010, o indicador de mortalidade materna no país passou de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Também durante o período, houve redução em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%), hemorragia (69,2%), infecções pós-parto (60,3%), aborto (81,9%), e doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto ou pelo pós-parto (42,7%).”

A equipe realizou um levantamento do diagnóstico situacional utilizando os conceitos básicos do método de estimativa rápida conforme (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), a partir de então foram levantados os problemas de saúde mais frequentes da área de abrangência, destacam-se: hábitos e estilos de vida inadequados, dietas com alto consumo de carboidratos, sal e açúcar provenientes de alimentos industrializados e consumo de bebidas alcoólicas, adultos sedentários com pouca atividade física, alta incidência de gestantes com riscos, deficientes controles pré-

natais, gestantes com doenças crônicas associadas ou desenvolvidas durante a gestação. A alta incidência de diabetes gestacional com risco nutricional foi o problema definido como prioritário para a realização deste Projeto de Intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Um levantamento realizado no município de Coronel Fabriciano destaca-se que em o 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, em 2014, tivemos um índice de 3,3% de gravidez com doenças crônicas associadas, entre elas a Diabetes Gestacional (AUTOR, ANO).

Segundo o SIAB (2014) Na referida unidade de saúde 31 gestantes, das quais seis delas desenvolveram doenças crônicas do Diabetes e três desenvolveram Diabetes mellitus gestacional (DMG). Além disso, comprovamos essas gestantes que desenvolveram Diabetes Mellitus Gestacional tinha associado a obesidade e excesso de peso e faixa de controle nutricional, daí a importância de fazer o plano de intervenção, com objetivo de reduzir mortalidade materna.

O rastreamento deve ser iniciado pela anamnese para a identificação dos fatores de risco: idade igual ou superior a 35 anos; índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25 (sobrepeso e obesidade). (AUTOR E ANO)

Em 2014 na Unidade de Saúde do Centro foi realizada uma reunião com os membros da equipe da saúde onde foram identificados os problemas, dentre eles sobressai os altos índices de gravidezes associadas a Diabetes Mellitus na Gestação.

Este fato nos despertou para elaborar o projeto de intervenção com o objetivo de controlar os fatores de risco nutricional associados à Diabetes Mellitus Gestacional, no período compreendido entre janeiro 2015 a dezembro 2015, com vistas a redução da mortalidade materno infantil.

3 OBJETIVOS:

Objetivo geral:

Reduzir a mortalidade materno e infantil a partir do controle nutricional em gestantes com vistas a redução da Diabetes Gestacional.

Objetivos Específicos:

- Identificar gestantes com risco nutricional;
- Identificar doenças endócrino metabólica mais associadas ao risco nutricional.

4 METODOLOGIA

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 passos do PES descritos por (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) e sintetizados a seguir:

Primeiro passo: definição dos problemas;

Segundo passo: priorização dos problemas, ou seja, ponderação sobre a importância do problema, sua urgência, se a equipe é capaz de enfrenta-lo, enumerá-los de acordo com as prioridades e critérios definidos pela equipe de saúde.

Terceiro passo: descrição do problema selecionado de acordo com a sua dimensão.

Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);

Quinto passo: seleção dos "nós críticos" (causas mais importante a serem enfrentadas);

Sexto passo: desenho das operações (descrição das operações, os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);

Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);

Oitavo 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);

Nono passo: elaboração do plano operativo (designação dos responsáveis por cada operação e definição dos prazos para a execução das operações);

Décimo 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), 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 Scientific Electronic Library Online (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Foram utilizados os seguintes descritores: Pré-natal. Prevenção. Risco. Gravidez.

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

5. REVISÃO DE LITERATURA

A diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; WHO, 2006, P. 9).

É o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência entre 3% e 13% das gestações. A prevalência estimada de DMG no Brasil é de 7,6% entre as gestantes com mais de 20 anos. Fora do período gestacional, estas pacientes, na maioria dos casos, não são classificadas como portadoras de DMG, mas como pessoas com tolerância diminuída à glicose (BRASIL 2013, P. 175).

“É o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência entre 3% e 13% das gestações. A prevalência estimada de DMG no Brasil é de 7,6% entre as gestantes com mais de 20 anos” (RUDGE e AMARAL, 2004).

Fora do período gestacional, estas pacientes, na maioria dos casos, não são classificadas como portadoras de DMG, mas como pessoas com tolerância diminuída à glicose. O estudo de Crowther e colaboradores (2005) demonstrou risco aumentado de morbimortalidade com DMG. Na mãe, a hiperglicemia pode aumentar a incidência de pré-eclâmpsia na gravidez atual, além de aumentar a chance de desenvolver diabetes e tolerância diminuída a carboidratos no futuro. No feto, a DMG está associada às possíveis morbidades decorrentes da macrosomia (como a ocorrência de distócia durante o parto) e, no bebê, está associada a hipoglicemia, à icterícia, ao sofrimento respiratório, a policitemia e a hipocalcemia (BRASIL, 2013, p. 177).

O rastreamento para diabetes mellitus gestacional (DMG), de acordo com os fatores de risco, deve ser oferecido a toda gestante durante o pré-natal (grau de recomendação B – nível de evidência II). O exame, quando solicitado, deve ser oferecido na primeira consulta e/ou entre a 24^a a 28^a semanas de gestação. Toda gestante e seu acompanhante devem ser orientados sobre os riscos e benefícios de rastreamento de DMG e sobre as possíveis complicações próprias da Diabetes (BRASIL, 2013, p. 178).

Segundo o (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004, apud WHO, 2006).

Para o diagnóstico do diabetes gestacional, a OMS recomenda o emprego do mesmo teste indicado para o diagnóstico do diabetes fora da gestação (nos casos de intolerância à glicose): teste oral de tolerância a glicose, com 75g de glicose (TTG 75g – 2h) e com duas medidas da glicose plasmática, uma em jejum e outra 2h após a sobrecarga (BRASIL 2010, pag183).

Embora não exista consenso sobre qual método é o mais eficaz para rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional, as recomendações a seguir oferecem uma alternativa efetiva para tal. O rastreamento deve ser iniciado pela anamnese para a identificação dos fatores de risco.

- Idade igual ou superior a 35 anos;
- Índice de massa corporal (IMC) >25kg/m² (sobrepeso e obesidade);
- Antecedente pessoal de diabetes gestacional;
- Antecedente familiar de diabetes mellitus (parentes de primeiro grau);
- Macrossomia ou polihidrâmnio em gestação anterior;
- Óbito fetal sem causa aparente em gestação anterior;
- Malformação fetal em gestação anterior;
- Uso de drogas hiperglicemiantes (corticoides, diuréticos tiazídicos);
- Síndrome dos ovários policísticos;
- Hipertensão arterial crônica na gravidez atual, em qualquer momento;
- Ganho excessivo de peso;
- Suspeita clínica ou ultrassonográfica de crescimento fetal excessivo ou polidrâmnio.

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas, como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. (BRASIL, 2013, p. 177).

Resultados entre 92 mg/dl e 100 mg/dl são considerados anormais, próximos ao limite, e devem ser repetidos em uma outra ocasião. Valores acima de 100 mg/dl já são bastante suspeitos de diabetes, mas também devendo ser repetido em uma outra ocasião (BRASIL, 2013, p. 177).

A dose e o tipo de insulina utilizados dependem do padrão da hiperglicemia: o predomínio da hiperglicemia de jejum ou pré-prandial indica insulina de longa ação, como a NPH; o predomínio da hiperglicemia pós-prandial indica insulina de ação rápida. A dose sugerida é de 1,5 U/10 g carboidratos no café da manhã e de 1 U/10

g carboidrato no almoço e no jantar ou, alternativamente, de 0,6 a 1,0 U/kg/dia, com aumentos progressivos até se alcançar o controle preconizado em relação à glicemia capilar. .

Algumas gestantes podem necessitar de doses de até 2 U/kg/dia, especialmente quando a gravidez está próxima do termo ou se são mulheres obesas. A sugestão é administrar 50%-60% da dose diária como insulina NPH e 40%-50% como insulina rápida. Nas hiperglicemias pré e pós-prandiais, sugere-se esquema de tratamento intensivo com quatro doses diárias de insulina, já que houve melhor controle glicêmico e menor morbidade neonatal do que nas gestantes com esquema de apenas duas doses diárias. Preferidas por serem menos imunogênicas, além de terem eficácia e segurança comprovadas. Entre as insulinas rápidas, a asparte é semelhante à insulina regular, tanto no controle glicêmico quanto na formação de anticorpos. Meta-análise recente mostrou que os análogos de rápida e longa ação não foram superiores às insulinas convencionais no controle glicêmico e na taxa de hipoglicemia em gestantes com diabetes. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; WHO, 2006,P. 29)

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010. as doses múltiplas de insulina e associação de insulinas de ação intermediária e rápida podem ser necessárias de acordo com o perfil glicêmico descrito abaixo:

- Dose total diária: 0,3 a 0,5 UI/kg/dia;
- Dose total diária: 2/3 pela manhã, 1/3 à tarde a à noite;
- Dose do desjejum: 2/3 de insulina NPH e 1/3 de insulina regular;
- Dose da noite: ½ da dose com insulina regular antes do jantar e ½ da dose de Insulina NPH antes de deitar. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.29).

Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010).

De acordo com o documento Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da

Saúde (BRASIL, 2013), as ações educativas devem possibilitar a troca de conhecimentos sobre as diferentes vivências entre as mulheres e os profissionais de saúde. Para tal, torna-se necessária a construção de ambientes de educação em saúde que possibilitem as gestantes ouvir e falar sobre suas vivências, além de favorecer a consolidação de informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a sua saúde e a da criança.

6 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 passos do Planejamento Estratégico Situacional descritos por Campos; Faria; Santos (2010) descritos a seguir:

6.1 Primeiro passo: Definição dos problemas

Este passo do Planejamento Estratégico Situacional (PES) refere-se à identificação dos problemas do território de atuação da Equipe de Centro, os principais problemas identificados junto com a equipe foram:

- Identificamos deficientes controles pré-natais
- Alta incidência de gestantes com riscos
- Alta incidência doenças crônicas em grávidas.
- Elevado consumo de medicamentos psicotrópicos.
- Elevada incidência de gravidez em idade extrema;

6.2 Priorização dos problema

O segundo passo do PES refere-se à priorização dos problemas. Os problemas relacionados a assistência à saúde pela ESF e devido a presença de apenas uma equipe de saúde por mais de um ano. Na continuação mostramos um quadro com os principais problemas de saúde, sendo o deficiente seguimento pré-natal como o mais prioritário selecionado pela equipe, pois tem uma elevada importância e uma capacidade de resolução parcial, no entanto apresenta-se como uma alta urgência a ser trabalhada, como pode ser verificado no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais problemas de saúde da unidade de centro

Problemas Principais	Importância.	Urgência.	Capacidade.	Seleção.
----------------------	--------------	-----------	-------------	----------

Alta incidência de gestantes com riscos	Alta	7	Parcial	3
Deficiente seguimento pré-natal	Alta	7	Parcial	2
Alta incidência doenças crônicas em grávidas.	Alta	7	Parcial	1
Elevado consumo de psicotrópicos.	Alta	6	Parcial	6
Elevada incidência da gravidez em idade extremas da vida.	Alta	6	Parcial	5
Deficiente avaliação nutricional gestante	Alta	7	Parcial	4

Fonte: Hernandez (2015)

6.3 Descrição dos problemas

Este passo refere-se à descrição do problema selecionado que é o deficiente seguimento pré-natal com elevada incidência de doenças crônicas associadas e baixo controle nutricional na gravidez.

O tema que escolhemos para ser abordado - deficiente seguimento pré-natal e Diabetes durante a gravidez é condicionado por diferentes fatores que determinam a ausência de um adequado seguimento das grávidas de nossa área de abrangência, a existência de áreas descobertas de atuação por uma equipe de saúde da família, sem acompanhamento especializado, para um adequado controle pré-natal fora do SUS.

Durante o período em que atuo neste PSF a maioria das grávidas cadastradas e controladas realizaram menos de 4 consultas pré-natais e maioria sem avaliação nutricional (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1- Relação entre número de consultas pré-natais realizadas e a idade gestacional em gestantes atendidas na Equipe do Centro no período de agosto 2014 a agosto 2015

Consultas de pré-natal.	Gestação <20 semanas.	Gestação >20 semanas.	Total
Gestantes que realizaram de 1 a 3 consultas.		24	24
Gestantes que realizaram de 4 a 6 consultas.		7	7
Gestantes que realizaram >6 consultas.	-	-	-
Total			31

Fonte: Elsa Hernandez (2015)

Na Tabela 1, pode-se observar a relação entre o número de consultas de pré-natal e idade gestacional em gestantes de PSF de Centro, sendo que do total de 31 grávidas da equipe, a maioria tinha de 1 a 3 consultas de pré-natal.

Tabela 2- Relação entre idade gestacional e Diabetes em gestantes da equipe centro

Consulta pré-natal.	Gestantes < de 20 semanas.	Gestantes > de 20 semanas.	Total.
Gestantes sem Diabetes Gestacional			28
Gestantes com Diabetes Gestacional	0	3	3
Total		3	31

Fonte: Elsa Hernandez (2015)

Na Tabela 2 é possível verificar a relação entre a idade gestacional e Diabetes Gestacional, sendo mais frequente a incidência de Diabetes depois de 20 semanas de gestação.

6.4 Explicação do problema selecionado

Com relação ao este passo denominado “explicação do problema” consideramos que o problema tem alta prioridade, pois trata-se de diminuir a morbimortalidade materno- infantil de um programa prioritário para o SUS. Com relação às causas do inadequado atendimento pré-natal podemos intervir nos seis itens descritos a seguir:

- Falta de consultas de pré-natal segundo o protocolo estabelecido.
- Planejamento inadequado de consulta.
- Não cadastro a 100% da população, pois ainda temos áreas descobertas.
- Não avaliação Nutricional da gestante
- Não realização de grupos operativa para promoção e prevenção da gravidez.
- Dieta inadequada.

6.5 Seleção dos nós críticos do problema

Neste passo foram identificados os nós críticos do problema:

- Deficiente seguimento pré-natal segundo os protocolos estabelecidos pelo Ministério da saúde.
- Alta incidência de doenças crônicas em grávidas.
- Deficiente avaliação nutricional da gestante

6.6 Desenho das operações para os nós críticos do problema

Refere-se ao desenho das operações para o enfrentamento dos nós críticos. Com a participação da equipe fizemos o desenho das operações para o enfrentamento dos nós críticos do problema “inadequado seguimento pré-natal e Diabetes Gestacional.

Quadro 2 - Desenho de operações para o enfrentamento dos nós críticos do inadequado atendimento pré-natal

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Deficiente seguimento pré-natal	Planejamento adequado das consultas segundo o risco	Aumentar o número de controles das grávidas Diminuir mobilidade.	Agendamento segundo o protocolo com identificação das grávidas de risco.	Cognitivo. Organizacional
Alta incidência de Diabetes em grávidas	Aumentar o nível de informação da população, no caso as gestantes, sobre Diabetes	Realizar atendimento a 100% das gestantes da área de abrangência Melhorar o seguimento e controle.	Capacitação do pessoal (ACS), Busca ativa das grávidas. Identificação de 100% das gestantes	Cognitivo. Organizacional Financeiro. Levantamento das gestantes
Deficiente Avaliação Nutricional em Gestantes	Aumentar o nível de informação da população, sobre avaliação nutricional durante a gravidez	População mais informada, Diminuir a incidência de obesas e sobre pesos.	Avaliação do nível de informação da população, campanhas de informação, panfletos informativos Programa de campanha na rádio local.	Cognitivo. Mobilização social, conhecimento sobre estratégia de comunicação. Financeiro. Político.

Fonte: Elsa Hernandez (2015)

O nascimento de uma criança saudável com o menor risco possível para a mãe e filho é um desafio e uma prioridade no município. O protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, 2013) constitui um instrumento para o adequado planejamento e seguimento das gestantes desde a etapa pré-concepcional. Desse modo, com ações simples como verificar o peso, realizar medidas antropométricas, verificar os batimentos cardíacos, a altura uterina, realizar as manobras de Leopold, orientação nutricional, indicação das medicações profiláticas (ferro e ácido fólico) é possível avaliar o desenvolvimento da gravidez durante os três trimestres e evitar complicações.

6.7 Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para execução de uma operação e que geralmente não se encontram disponíveis. Dessa maneira, é fundamental que a equipe de saúde tenha clareza de quais são esses recursos, para que possa estabelecer as estratégias no sentido de viabilizá-los. No Quadro 3 são apontados os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema: inadequado seguimento pré-natal e diabetes na gravidez.

Quadro 3 - Recursos críticos para o problema, inadequado seguimento pré-natal e Diabetes na gravidez no PSF Centro.

Operação/Projeto.	
Deficiente seguimento pré-natal	Político, articulação entre o setor da saúde com os outros níveis de atenção e profissionais. Organizacional: Reunião com a equipe para acerto da agenda e busca ativa das gestantes faltosas Á consulta mensal.

Alta incidência de Diabetes em grávidas	<p>Organizacional. Articulação da equipe de saúde. Aumentar os recursos para estruturar o trabalho. Envolver as Agentes Comunitárias no planejamento e levantamento das gestantes do território.</p> <p>Cognitivo</p> <p>Financeiro: garantir exames na assistência ao pré-natal, parto e puerpério;</p>
Deficiente Avaliação nutricional da gestante	<p>Político - Envolver as referências técnicas da SMS no planejamento das ações, atentar-se para o apoio das redes de atenção à saúde.</p> <p>Organizacional: Definir avaliação criteriosa nas pre-consultas e garantir encaminhamento para a referência se necessário;</p> <p>Financeiro. Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e mobilização social.</p>

Fonte: Elsa Hernandez (2015).

6.8 Análise da viabilidade do plano

Ao realizar a análise da viabilidade do projeto de intervenção a imagem principal que o autor está planejando não controla os recursos necessários para a execução do seu plano, por isso é necessário reconhecer os atores que controlam recursos críticos e motivá-los.

No Quadro 4, apresentado a seguir, mostramos a proposta de ações para motivar os atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do projeto de intervenção.

Quadro 4- Proposta de ações para motivar os atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários a execução do projeto de intervenção para o enfrentamento do problema inadequado seguimento pré-natal, de PSF Centro 2015.

Operações/ Projetos.	Recursos críticos.	Ator que controla.	Motivação.	Ação estratégica.
Deficiente seguimento pré-natal	Organizacional, Cognitivo e político: articulação entre os setores da saúde com outros níveis de atenção e profissionais.	Equipe de Saúde da Unidade do Centro	Favorável.	Apresentar projeto de controle por estratificação de risco. Aumentar número de consultas.
Alta incidência de Diabetes em grávidas	Organizacional: articulação da equipe de saúde. Aumentar os recursos para estruturar o trabalho.	Equipe de Saúde da Unidade do Centro	Favorável.	Apresentar projeto de cadastro das gestantes Melhorar o seguimento e controle das grávidas.
Deficiente Avaliação nutricional da gestante	Político, cognitivo, Organizacional e financeiro: aquisição de recursos audiovisuais,	Equipe de Saúde da Unidade do Centro.	Favorável.	Apresentar projeto de apoio comunitário.

	folhetos educativos e mobilização social.			
--	---	--	--	--

Fonte: Elsa Hernandez (2015).

6.9 Plano Operativo

Na elaboração de um plano operativo a finalidade é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. No Quadro 5 é apresentado o plano operativo para enfrentamento do problema inadequado seguimento pré-natal.

Quadro 5 - Plano operativo para enfrentamento do problema inadequado seguimento pré-natal.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazos
Deficiente seguimento pré-natal	Aumentar o número de controles das grávidas Diminuir a morbimortalidade materno fetal.	Linha de cuidados para pacientes, e agendamento segundo o protocolo com Identificação das gestantes de risco.	Apresentar projeto de controle por estratificação de risco Aumentar número de controles.	Medica Enfermeira	30 dias.
Alta	Oferecer	Capacitação	Apresentar	Agentes	3 meses

incidência de Diabetes em grávidas	atendimento a 100% das grávidas da área de abrangência Melhorar o seguimento e controle.	do pessoal (ACS), busca ativa das grávidas Identificação 100% das grávidas.	projeto de cadastro das grávidas Melhorar o seguimento e controle das grávidas.	Comunidades de Saúde Enfermeira	
Deficiente Avaliação nutricional da gestante	População mais informada sobre hábitos dietéticos adequados.	Avaliação do nível de informação da população, campanhas de informação, panfletos informativos Programa de campanha na rádio local	Apresentar projeto de apoio comunitário	Secretaria de saúde conselho local de saúde da comunidade. Gerente do posto. Enfermeira:	6 meses

Fonte: Elsa Hernandez (2015).

6.10 Gestão do Plano

A gestão do projeto de intervenção pode ser verificada no Quadro 6 se mostra a situação atual do plano operativo para enfrentamento do problema inadequado seguimento pré-natal na UBS do Centro.

Quadro 6 - Situação atual de gestão do Plano operativo para enfrentamento do

problema inadequado seguimento pré-natal.

Operações	Produtos	Responsáveis	Prazo inicial	Situação atualização	Justificativa
Deficiente seguimento pré-natal	Linha de cuidados para as gestantes.	Médica: Dra. Elsa Enfermeira:	30 dias	Em andamento segundo protocolos	
Alta incidência de Diabetes em grávidas.	Capacitação das gestantes.	Agentes Comunitários de Saúde Enfermeira:	3 meses.	Já foi realizado	
Deficiente Avaliação nutricional gestante	Programa de campanha na radio	Secretaria de Saúde Conselho Local de Saúde da comunidade Gerente do posto. Enfermeira:	6 meses	Em andamento	

Fonte: Elsa Hernandez (2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Planejar a consulta de pré-natal de acordo com os protocolos estabelecidos, tendo em conta estratificação de risco, continua em andamento e produzindo uma motivação muito favorável em toda equipe de saúde

Como resultado do projeto de intervenção, obtivemos a atualização de 100% das gestantes do território, além de promover um trabalho dinâmico e contínuo onde o cadastro é atualizado semanalmente pelas Agentes Comunitárias de Saúde. A captação precoce das grávidas é feita pelo protocolo estabelecido no município e complementada com visita domiciliar. Os resultados mostram que houve um aumento de 11,9% no número absoluto de mortes maternas brasileiras e no

Coeficiente de Mortalidade Materna do país, de 52,29 para 65,13 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos ano 2014. Devemos continuar perseguindo uma redução ainda significativa desta taxa, já que a vida de cada mulher é única e também fundamental para seus filhos. Apesar da redução dos óbitos de mulheres por causas obstétricas diretas, ou seja, que tiveram complicações na gravidez ou até 42 dias depois do parto, houve aumento das mortes por causas indiretas. São consideradas causas indiretas as resultantes de doenças já existentes ou que se desenvolveram durante a gravidez

Com base na literatura revisada e no trabalho desenvolvido durante este período houve uma significativa melhora do seguimento das grávidas.

Assim, pode-se concluir que a atenção pré-natal constitui um dos programas mais importante na atenção a mulher que assegura o desenvolvimento de uma gravidez com o menor risco para a mãe e um filho saudável.

Pela importância que corresponde ao tema tratado e os resultados satisfatórios obtidos no trabalho, recomenda-se estender o trabalho as instâncias superiores para que se possa dar continuidade.

REFERÊNCIAS

Atlas do Desenvolvimento Humano (29 de julho de 2013). «Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil». Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Acesso em 1º de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 pág. 175-178. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

BRASIL, Ministério da Saúde - **Sistema de Informação de Atenção Básica** - SIAB disponível em [ww.informacoes.tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe](http://www.informacoes.tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe)

BRASIL; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades, 2015. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm;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](http://politicandosaude.blogspot.com.br/2011/01/programa-de-acesso-em-20-fev-2015).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [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. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de situação em saúde**: guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília; 2009.

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

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/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3.

CROWTHER et al. Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus on Pregnancy Outcomes. N Eng. J Med 2005; vol. 352 no. 24. pp. 2477-2486. DOI: 10.1056/NEJMoa042973.

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.

RUDGE M.V.C., AMARAL M.J., **Diabetes e hipertensão na gravidez**: manual de orientação. Editores. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2004. v.3.

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.

World Health Organization Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: Report of a W.H.O./I.D.F consultation. Geneva: W.H.O.; 2006.pag 9-29.