

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

VIDALIA VAZQUEZ SEHARA

**MANEJO DO RISCO REPRODUTIVO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CAMPO BELO,
PRUDENTE DE MORAIS - MINAS GERAIS**

SETE LAGOAS – MINAS GERAIS

2016

VIDALIA VAZQUEZ SEHARA

**MANEJO DO RISCO REPRODUTIVO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CAMPO BELO,
PRUDENTE DE MORAIS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

SETE LAGOAS – MINAS GERAIS

2016

VIDALIA VAZQUEZ SEHARA

**MANEJO DO RISCO REPRODUTIVO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA UNIDADE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CAMPO BELO,
PRUDENTE DE MORAIS - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 15/05/2016

DEDICATÓRIA

A meus filhos, os quais são minha inspiração.

Ao meu esposo, por seu apoio incondicional e por ter estado comigo em todos os momentos de minha vida.

À minha família e amigos, que sofrem pela ausência do amor e do carinho imposta por minha separação, mas que, contudo, têm me acompanhado e me apoiado aqui no Brasil. Para eles dedico todo esforço!

AGRADEÇO

A todos aqueles que de uma forma ou de outra me ajudaram a realizar este trabalho.

Aos professores, especialmente do Brasil, pela magnífica condução deste Curso de Especialização; por estarem sempre atentos às nossas inquietações e por nos acompanharem em cada momento com profissionalismo e ética.

Minha formação em Saúde da Família e a oportunidade de colocar em prática todo meu conhecimento, em prol da saúde do povo brasileiro.

Muito Obrigada!

RESUMO

No Brasil tem aumentado o número de mulheres que passam a fazer parte dos grupos de risco reprodutivo, alcançando 25% a 30% do total daquelas em idade fértil. O risco reprodutivo em mulheres em idade fértil, residentes no município de Prudente de Moraes, Minas Gerais, encontra-se associado aos fatores: características individuais; condições sociais e demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; condições clínicas preexistentes e intercorrências clínicas e doença obstétrica na gravidez atual. O plano de ação tem como objetivo preparar os profissionais de saúde da área de abrangência da Unidade Estratégia Saúde da Família Campo Belo, para manejo adequado do risco reprodutivo em mulheres em idade fértil. Os problemas identificados através do diagnóstico situacional na área de abrangência da unidade de saúde foram: deficiente controle do risco reprodutivo; deficiente educação sanitária da população; baixa prevalência de doenças crônicas na população como hipertensão arterial e diabetes mellitus; elevada incidência de famílias disfuncionais por alcoolismo; baixa renda e desemprego; má qualidade da água; e inadequado saneamento básico. Para priorização dos problemas utilizou-se a técnica de Ranqueio, e optou-se por trabalhar com: o deficiente controle do risco reprodutivo; deficiente educação sanitária da população; e baixa prevalência de doenças crônicas na população como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Para análise dos fatores causais e riscos dos problemas, utilizou-se o Diagrama de Ishikawa ou 'Espinha de Peixe'. Foram propostas as ações: capacitações, grupos operativos, seminários, atividades educativas nas escolas, palestras; e criação de agenda organizada.

Palavras-chave: Saúde Sexual. Saúde Reprodutiva. Planejamento Familiar. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In Brazil has increased the number of women who become part of the reproductive risk groups, reaching 25% to 30% of those of childbearing age. The reproductive risk in women of childbearing age, resident in the city of Prudente de Morais, Minas Gerais, is associated with factors: individual characteristics; unfavorable social and demographic conditions; previous reproductive history; pre-existing medical conditions and clinical complications and obstetric disease in the current pregnancy. The action plan aims to prepare health professionals in the coverage area of the Health Strategy Unit Family Campo Belo, for proper management of reproductive risk in women of childbearing age. The problems identified by the situational diagnosis in the area covered by the health unit were poor control of reproductive risk; Poor health education of the population; low prevalence of chronic diseases in the population such as hypertension and diabetes mellitus; high incidence of dysfunctional families for alcoholism; low income and unemployment; poor water quality; and inadequate sanitation. For prioritization of problems used the Ranqueio technique, and we chose to work with: the poor control of the reproductive risk; Poor health education of the population; and low prevalence of chronic diseases in the population such as hypertension and diabetes mellitus. To analyze the causes and risks of the problems, we used the Ishikawa diagram or 'Herringbone'. Proposals were actions: training, operative groups, seminars, educational activities in schools, lectures; and creating an organized agenda.

Keywords: Sexual Health. Reproductive Health. Family planning. Health Education. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	19
4 METODOLOGIAS.....	20
5 REVISÕES BIBLIOGRÁFICA.....	25
6 PLANO DE AÇÃO.....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

No decorrer do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, especificamente na Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, nos foi possível realizar o diagnóstico situacional em saúde da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Campo Belo do Município de Prudente de Moraes, Minas Gerais. Foram vários problemas de saúde identificados, mas priorizamos como foco de nosso Plano de Ação o deficiente controle do risco reprodutivo pelos profissionais de saúde às mulheres em idade fértil da área de abrangência da unidade. Este problema se destacou por sua gravidade, preocupação e pela disponibilidade de recursos existentes na unidade para amenizá-lo. Além disso, por constituir risco importante para a população vulnerável, no caso as mulheres em idade fértil.

A gravidez é tida como uma das etapas mais importantes na vida da mulher, no entanto certas situações podem trazer alguns transtornos que implicam risco para mãe e filho. Nunca antes a Organização Mundial da Saúde (OMS) se preocupou tanto em reduzir a morbimortalidade materna por complicações na gravidez. Esta preocupação passa pela atenção integral à mulher em todos os níveis de atenção à saúde (FÉRNANDEZ, 2012).

Logo, para implementar as atividades de pré-natal é necessário identificar os riscos a que cada gestante está exposta. Isso permitirá orientações e encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em todas as consultas de pré-natal. A avaliação de risco não é tarefa fácil. O conceito de risco está associado ao de probabilidades e o encadeamento entre um fator de risco e um dano, nem sempre está explicitado (BRASIL, 2010).

Para os autores, risco reprodutivo é a probabilidade que uma mulher não grávida tem de sofrer danos no processo reprodutivo. O risco pode ser de caráter biológico, psíquico, social ou ambiental, assim como a somatória deles. Um controle adequado

da população feminina permite identificar os riscos individuais e coletivos e atuar sobre eles para alcançar uma gravidez satisfatória, um parto feliz e um recém-nascido sadio; condição determinante na diminuição da morbimortalidade geral da população feminina e possibilidade real de diminuir ou evitar o dano à mãe e filho, do ponto de vista biopsicossocial e ambiental (NAVAS; CASTILLO; CAMPOS, 2012).

O Ministério da Saúde propõe uma classificação operacional dos fatores de risco reprodutivo, distribuindo-os em quatro categorias: características individuais e condições sociais e demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; condições clínicas preexistentes e intercorrências clínicas; e doença obstétrica na gravidez atual (BRASIL, 2010).

O indicador de mortalidade materna está associado aos fatores de risco que estão presentes nas mulheres durante a gravidez. Este indicador varia com o nível de desenvolvimento do país. Na África uma em cada 21 mulheres tem risco de morte materna; na Ásia uma em cada 54; na América do Norte uma em cada 1366 e na Europa uma em cada 9850. Em Cuba, país subdesenvolvido, este indicador é comparável com o da América do Norte e da Europa onde uma em cada 6636 mulheres tem risco de morrer; 2/3 das mortes em idade fértil estão relacionados com complicações da gravidez (MOREJÓN *et al.*, 2008; FERNÁNDEZ *et al.*, 2008).

Em países com melhores condições socioeconômicas e melhor nível cultural, o percentual de mulheres com risco reprodutivo é inferior a 5%, e em alguns como Suécia e Japão é de 4% e 3%, respectivamente (CUBA, 2010). No Brasil, México e Venezuela tem aumentado o número de mulheres que passam a fazer parte dos grupos de risco, alcançando 25% a 30% do total de mulheres em idade fértil (OMS, 2002).

Em Cuba existe um programa de manejo e controle do risco reprodutivo, no qual 15% a 25% das mulheres em idade fértil têm alguma condição biológica, obstétrica ou socioeconômica vinculada ao risco; apresentam elementos que são capazes de condicionar ou desencadear a morbidade e mortalidade durante o processo reprodutivo (MOREJÓN *et al.*, 2008).

Os indicadores de saúde materna são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos sociais (saúde, educação, renda, trabalho, segurança, participação social) entre diversos grupos da população, e as formas como classe social, gênero e raça/etnia se entrelaçam e operam como determinantes sociais da saúde. A maioria das mortes e morbidades maternas severas é devida a causas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção ou complicações de abortamento. Isso significa que o acesso a uma assistência de saúde oportuna, humanizada e de boa qualidade evitaria que muitas mulheres perdessem suas vidas por motivos reprodutivos (MORSE *et al.*, 2011).

Neste sentido, acreditamos que um plano de ação voltado para os profissionais de saúde poderá de certa forma melhorar o manejo do risco reprodutivo em mulheres em idade fértil, na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Campo Belo, município de Prudente de Moraes, Minas Gerais.

1.1 Descrição do município de Prudente de Moraes

1.1.1 Aspectos históricos

Figura 1 – Presidente Prudente de Moraes (1894 - 1898)



Fonte: Acervo da autora.

O nome atual Prudente de Moraes é uma homenagem ao primeiro Presidente Civil da República do Brasil. A região é conhecida desde o tempo dos Bandeirantes como Lagoa do Cercado. Localizada na Zona Metalúrgica, Prudente de Moraes constitui micro região econômica de Belo Horizonte. A sede municipal dista 65 quilômetros da capital, e liga-se a ela por rodovia pavimentada e por ferrovia. Seus abrigos e grutas calcárias, com valiosos painéis rupestres, foram cadastrados pelo Instituto Estadual do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais (PRUDENTE DE MORAIS, ARQUIVOS, 1984).

A fundação da cidade é explicada em duas versões: a primeira conta que as terras do município, em épocas coloniais, pertenceram ao Bandeirante João Leite da Silva Horta que possuía residência próxima à lagoa da região. Neste local, construiu-se um cercado, daí originando o antigo nome do lugar, Lagoa do Cercado. A outra versão diz respeito à Bandeira de Fernão Dias Paes Leme. Alguns bandeirantes aderiram à revolta iniciada pelo filho de Fernão Dias, que acabou sendo enforcado. Os revoltosos foram expulsos. Entre eles estava Antônio Barbosa, conhecido como capitão Peroba, que teria construído uma casa próximo à lagoa da cidade e, junto a ela, um cercado para trabalhar e amansar bois, ficando o lugar conhecido como Lago do Cercado. Em 1880, Lago do Cercado, que até então pertencia à Santa Luiza, passou a fazer parte da recém-criada Freguesia de Pedro Leopoldo. Em divisão territorial datada de 1 de julho de 1950, o distrito de Prudente de Moraes passa a figurar no município de Matozinhos, assim permanecendo até 1962, quando foi elevado à categoria de município autônomo, pela Lei estadual n. 2.764, de 30 de dezembro de 1962, desmembrando assim de Matozinhos (PRUDENTE DE MORAIS, ARQUIVOS, 1984).

1.1.2 Aspectos socioeconômicos

Os dados abaixo foram extraídos do DATASUS (BRASIL, 2015):

- A área total do município é de 124.189 km², sendo 77.08 hab./km²;
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0.690;
- Renda média familiar: 440 reais;

- Saneamento básico: 83,0% da população do município possui água tratada; 15,4% utilizam poços ou nascentes e 2,6% outras formas de abastecimento; 70,7% dos domicílios possuem rede de esgoto e em 75,0% existe coleta pública de lixo;
- Atividades econômicas: comércio e agricultura;
- Taxa de escolarização: 92% da população.

1.1.3 Aspectos demográficos

O Quadro 1 apresenta a distribuição da população do município, por faixa etária, nas áreas urbana e rural, referente ao ano de 2010. Como podemos observar existe predomínio de moradores na área urbana, com grande concentração na faixa etária de 25 a 60 anos.

Quadro 1 - Distribuição dos habitantes, por faixa etária, área urbana e rural, Prudente de Moraes, MG, 2010.

Número de hab./idade	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 e +	Total
Área urbana	117	506	709	873	921	914	2131	2116	912	9199
Área rural	4	18	26	36	43	31	80	104	32	374
Total	221	524	735	909	964	945	2210	2220	944	9573

Fonte: IBGE (2010).

1.1.4 Aspectos da saúde

A Secretaria Municipal de Saúde é formada por equipe técnica composta pelo prefeito, secretário de saúde, e pelas coordenações (Central de Regulação e TFD; Coordenadoria da Estratégia Saúde da Família; Setor de Imunização e Notificação Compulsória; e Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses).

O Conselho Municipal de Saúde é constituído pelo presidente e os seguintes segmentos: Central de Regulação e TFD; Coordenadoria de Atenção à Saúde; Setor de Imunização e Notificação Compulsória; Coordenadoria de Odontologia;

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Ambiental; Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses; e Controle Social.

O município possui duas unidades básicas de saúde; uma unidade de fisioterapia; um centro de especialidades odontológicas; um centro de saúde equipado com laboratório de análises clínicas; e um posto de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) cobre 100% da população. São três equipes da ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Projetos associados: Hiperdia e Farmácia de Minas.

Os pacientes são referenciados para UPA e Hospital Municipal de Sete Lagoas.

Em relação aos meios de transporte dos pacientes, o município possui duas ambulâncias; um carro do Programa saúde da Família (PSF); e um carro para traslado de pacientes a consultas fora do município.

No Quadro 2 apresenta-se a mortalidade no município, referente ao ano de 2013.

Quadro 2 - Mortalidade, Prudente de Morais, MG, 2013.

Óbitos Fetais	Óbitos Infantis	Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Óbitos Maternos	Óbitos por Causas Evitáveis	Óbitos por Causas Externas
1	3	6	39	4

Fonte: Secretaria de Saúde, Prudente de Morais, MG, 2013.

- Total de óbitos: 53
- Total de nascimentos (2013): 145
- Produção ambulatorial – atendimentos pelo SUS: 3.682 (SIAB/SUS, 2015)

1.1.4.1 Unidade da Estratégia Saúde da Família Campo Belo

A área de abrangência da ESF Campo Belo é composta pelos bairros Campo Belo, Maraca, e Campo Limpo. A unidade está localizada na zona urbana, no bairro Campo Belo, que fica a 3 km do centro de Prudente de Morais. Atende 633 famílias; alguns povoados ficam distantes da unidade, porém o acesso é bom. A equipe da ESF é formada atualmente por 10 profissionais, sendo: um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma

receptionista, uma auxiliar de serviços gerais, além de outra enfermeira responsável pela vacina.

Do total de 1128 mulheres atendidas pela ESF Campo Belo, 541 (46.5%) encontram em idade fértil. A maioria delas desconhece o risco reprodutivo. Para cada mulher em idade fértil nasce 4.7 filhos, como forma de se garantir o equilíbrio da população local.

2 JUSTIFICATIVA

O controle do risco reprodutivo pode melhorar a saúde das crianças e das gestantes, bem como diminuir os custos com os cuidados e o sofrimento das mulheres grávidas (GONZÁLEZ; MUÑOZ, 2008).

Nossa preocupação se remete ao fato de que nos últimos anos os riscos reprodutivos vêm sendo estudados com mais afinco por parte dos interessados. Como dito anteriormente são riscos importantes, idade da gestante, doenças associadas à gravidez, antecedentes obstétricos, condições socioambientais desfavoráveis, dentre outros. No entanto, na unidade de saúde que atuamos não existe um controle das mulheres em idade reprodutiva. Não se conhecem quais delas apresentam risco reprodutivo e os fatores que deveriam ser controlados, tanto pelos profissionais quanto pelas próprias mulheres.

Em estudo realizado preliminarmente na unidade de saúde conseguiu-se identificar as mulheres com risco reprodutivo residentes na área de abrangência da ESF. O estudo mostrou número elevado de mulheres com risco dentre aquelas com idades extremas. Em relação ao perfil, são mulheres com baixo nível de escolaridade; a maioria são donas de casa; são solteiras ou divorciadas.

O diabetes e a hipertensão arterial são as doenças que predominam nas famílias destas mulheres, sendo a hipertensão arterial a mais frequente. Um número grande de mulheres apresenta sobrepeso ou obesidade, além disso, algumas fumam e consomem bebida alcoólica. Os antecedentes obstétricos como a multiparidade com menos de dois anos e a doença hipertensiva gravídica foi o que mais se apareceu.

Um número grande de mulheres não usa nenhum método contraceptivo; e não controla as doenças crônicas. Há preferência por contraceptivos injetáveis e orais.

Na Tabela 1 apresentamos a distribuição das mulheres em idade fértil, segundo grupo etário, da área de abrangência da ESF Campo Belo.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres em idade fértil, segundo grupo etário, ESF Campo de Belo, Prudente de Morais, MG, 2015.

Grupos de Idade	Mulheres em Idade Fértil	%
15 a 18	173	31.0
19 a 34	162	29.9
35 e +	206	38.0
Total	541	100.0

Fonte: Dados (questionário) da ESF Campo Belo, 2015.

A distribuição das mulheres em risco reprodutivo segundo situação conjugal é mostrada na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres em risco reprodutivo segundo situação conjugal, ESF Campo Belo, Prudente de Morais, MG, 2015.

Situação Conjugal	N	%
Solteiras	162	29.9
Acompanhada	101	18.6
Casadas	161	29.7
Divorciada	163	30.1
Total	541	100.0

Fonte: Dados (questionário) da ESF Campo Belo, 2015.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das mulheres em risco reprodutivo segundo ocupação, da área de abrangência da ESF Campo Belo.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres em risco reprodutivo segundo ocupação, ESF Campo Belo, Prudente de Morais, MG, 2015.

Ocupação	N	%
Dona de Casa	192	35.4
Trabalhadora	191	35.3
Estudantes	158	29.2
Total	541	100.0

Fonte: Dados (questionário) da ESF Campo Belo, 2015.

Acreditamos que um plano de ação direcionado para os profissionais de saúde que atuam na unidade poderá contribuir para melhorar o manejo dos riscos reprodutivos em mulheres em idade fértil da área de abrangência da ESF Campo Belo.

3 OBJETIVO

Propor um plano de ação visando melhorar o manejo do risco reprodutivo em mulheres em idade fértil, pelos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família Campo Belo, Prudente de Moraes, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Primeiro passo para realização do Plano de Ação aconteceu na Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica, da Universidade Federal de Minas Gerais, quando fomos orientados a realizar o diagnóstico situacional, por meio da estratégia Estimativa Rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), da área de abrangência de nossa Unidade Básica de Saúde.

O diagnóstico da área possibilitou-nos identificar os seguintes problemas: deficiente controle do risco reprodutivo; deficiente educação sanitária da população; baixa prevalência de doenças crônicas na população como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; elevada incidência de famílias disfuncionais por alcoolismo, baixa renda e desemprego; má qualidade da água; e inadequado saneamento básico.

Entretanto era necessário priorizar alguns problemas, para que pudéssemos viabilizar nossa intervenção. Para isto utilizamos a técnica de Ranqueio, que segundo Añez *et al.* (2010), consiste em selecionar um grupo de critérios e atribuir o valor de 0 a 2 para cada um dos problemas analisados. A pontuação de dois (2) pontos é dada ao problema apresentado: alta frequência, gravidade, impacto na população, recursos, tendência, vulnerabilidade às intervenções, e missão dos planejadores. O valor um (1) é dado àqueles problemas que cumprem os requisitos em parte; quando é impossível de cumprir os requisitos é atribuído o valor zero (0). São critérios: **Tendência** - refere-se ao aumento ou diminuição do problema; **Frequência**: porcentagem da população afetada; **Gravidade**: o quanto é grave o problema para a saúde das pessoas; **Disponibilidade de recursos**: a comunidade conta com recursos físicos, humanos e financeiros para resolver o problema? Além disso, são critérios, vulnerabilidade e possível prevenção do problema; o que fazer para melhorar a situação? A coerência com a missão desse plano: importância política; a comunidade e sociedade em geral estão envolvidas para resolver o problema?

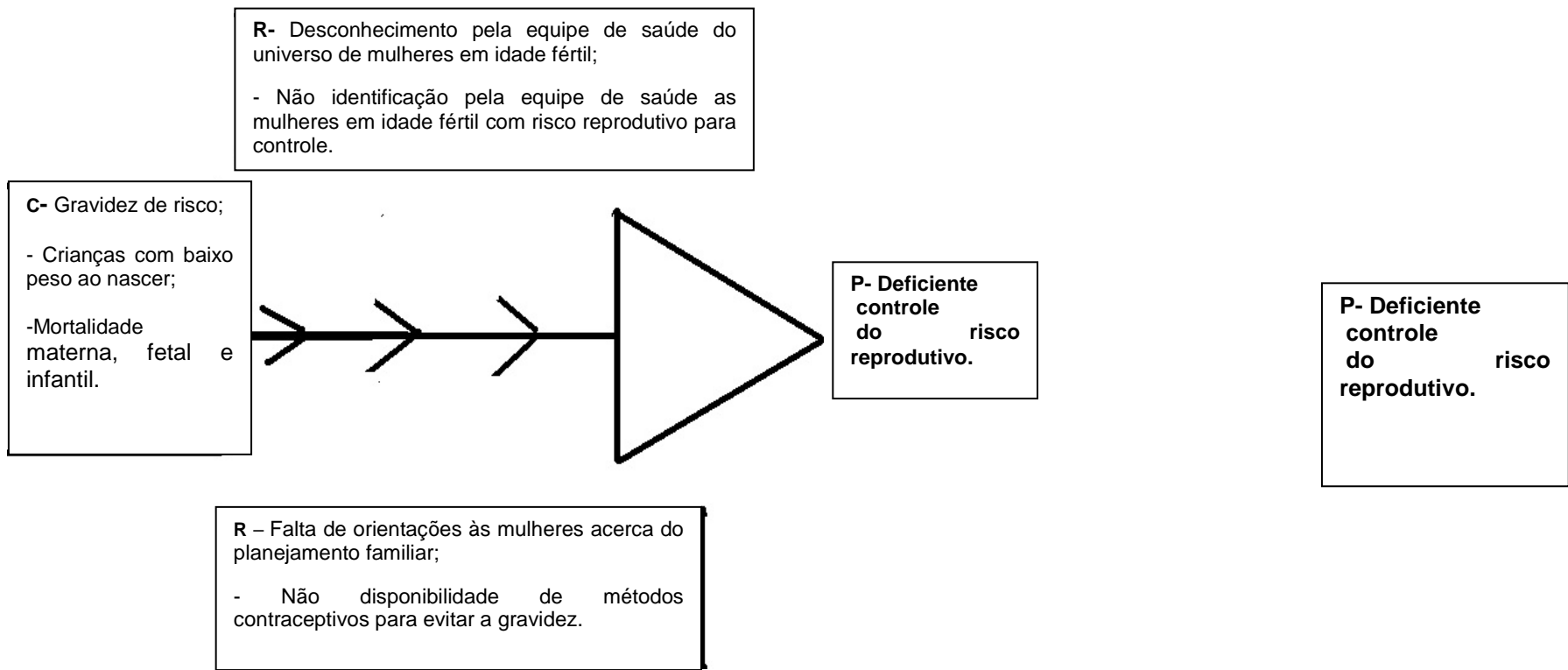
Para análise dos fatores causais e os riscos dos problemas, utilizamos o diagrama de causa e efeito, conhecido também como Diagrama de Ishikawa ou 'Espinha de

Peixe'. O nome Ishikawa tem origem no seu criador, Kaoru Ishikawa que desenvolveu a ferramenta através de uma ideia básica: fazer as pessoas pensarem sobre causas e razões possíveis que fazem com que um problema ocorra. O diagrama de Ishikawa também pode ser denominado como diagrama de causa e efeito; quando elaborado assemelha-se a uma espinha-de-peixe, motivo pelo qual ele também é conhecido por este nome (PILZ *et al.*, s/d).

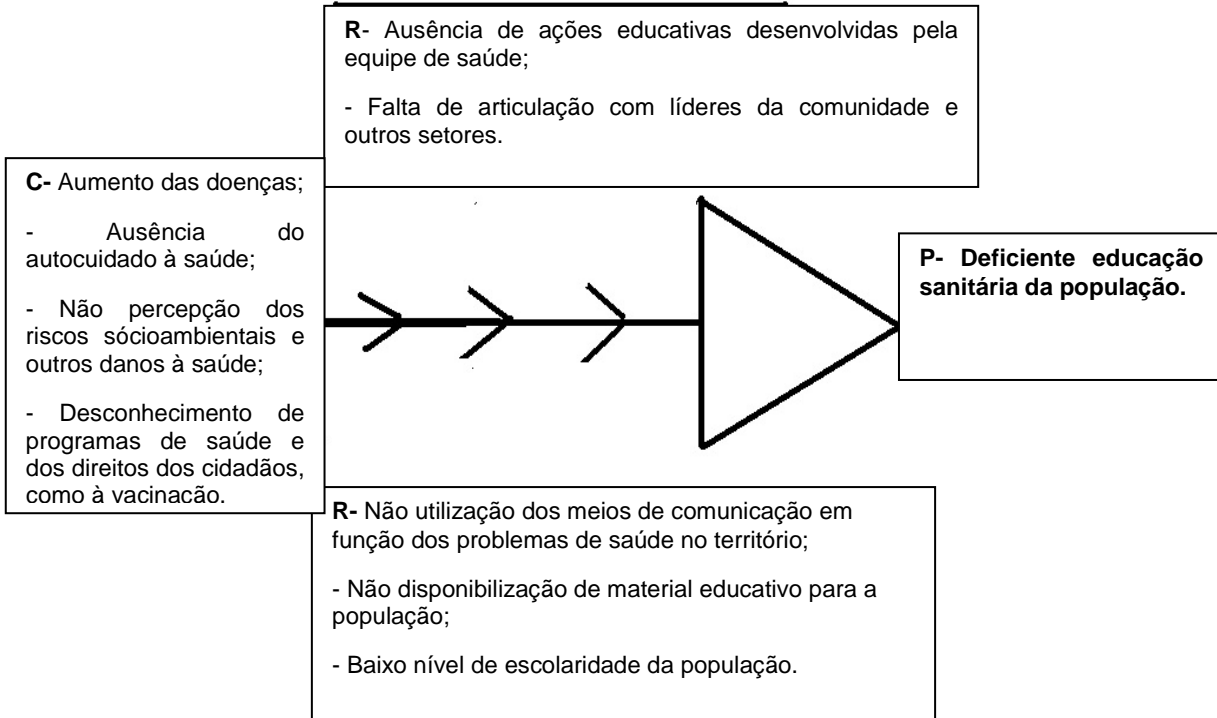
Neste plano de ação optou-se trabalhar os problemas: deficiente controle do risco reprodutivo; deficiente educação sanitária da população; e baixa prevalência de doenças crônicas na população como hipertensão arterial e diabetes mellitus, por serem os de possibilidade de intervenção utilizando recursos próprios da saúde. Para os demais é necessária articulação intersetorial, o que torna inviável no momento. Os problemas aqui priorizados serão trabalhados com a equipe de saúde.

A seguir apresentamos os três problemas, foco de nossa intervenção:

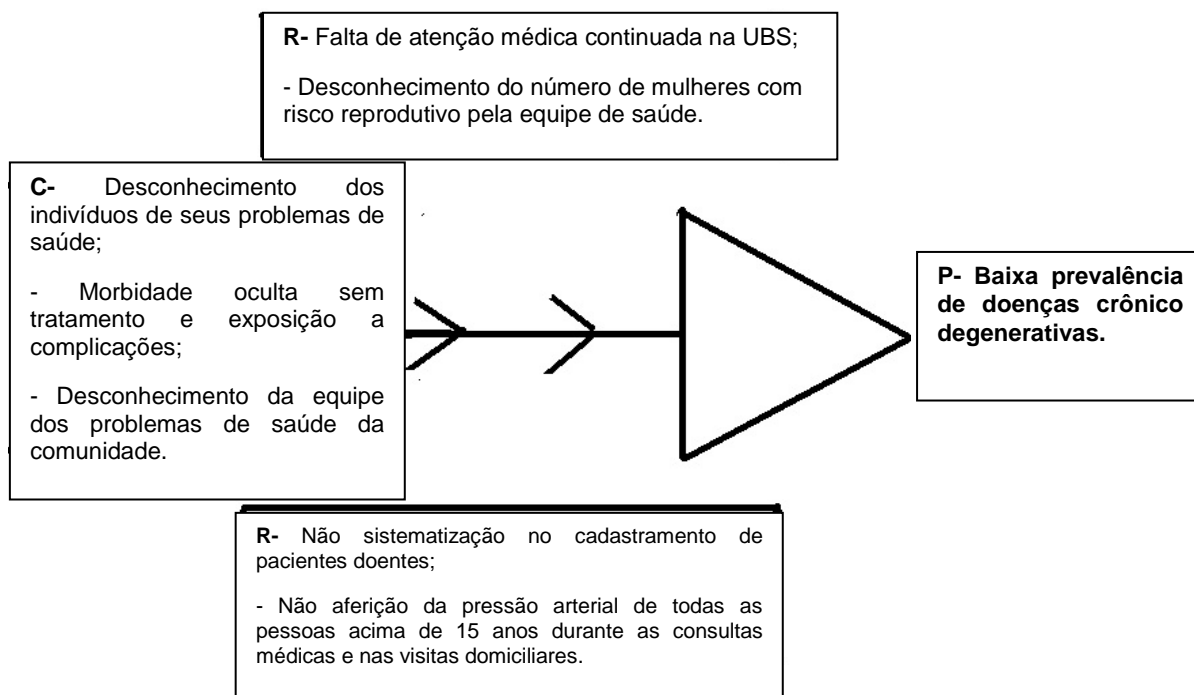
1 - DEFICIENTE CONTROLE DO RISCO REPRODUTIVO



2- DEFICIENTE EDUCAÇÃO SANITÁRIA DA POPULAÇÃO



3- BAIXA PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NA POPULAÇÃO COMO HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS



Legenda:

P – Problema

C – Consequências

R – Causas

Para embasar a realização do projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica com busca da produção científica na Biblioteca Virtual em Saúde.

A busca nos bancos de dados foi realizada por meio dos seguintes descritores: saúde sexual; saúde reprodutiva; planejamento familiar; educação em saúde; e atenção primária à saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Aspectos gerais do risco reprodutivo

A saúde reprodutiva é um estado geral de bem-estar físico, mental e social e não a ausência de doenças em todos seus aspectos, em relação ao sistema reprodutivo e suas funções e processos. É a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, assim como de procriar; também a liberdade para exercê-la ou não, quando e com que frequência (LEYVA *et al.*, 2011).

Atualmente, o conceito de saúde reprodutiva compreende desde a infância até a idade adulta. Está implícito o direito do homem e da mulher em obter informação e planejar a família, assim como utilizar métodos para regulação da fecundidade, que não são legalmente proibidos e o acesso para métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis. Também inclui o direito para receber serviços adequados de atenção em saúde que permitam uma gravidez e parto com menos riscos e a máxima possibilidade de ter filhos sadios (CUBA, 2010).

O nascimento de uma criança é um acontecimento compartilhado e comemorado pela sociedade, em todas as culturas do mundo. Porém, para muitas famílias o processo de reprodução pode ser um acontecimento sombrio e arriscado, redundando sequelas na criança, morte da mãe ou do conceito, ou até mesmo de ambos (MOREJÓN *et al.*, 2008).

A redução da mortalidade infantil é o quarto objetivo preconizado pelas Nações Unidas para o desenvolvimento do milênio. A meta era que para o ano 2015 a mortalidade de crianças menores de cinco anos fosse reduzida em dois terços em relação à taxa de 1990. De acordo com informe do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a América Latina reduziu a taxa de mortalidade em menores de cinco em 40% entre 1990 e 2007. O impacto maior foi no período pós-neonatal (UNICEF, 2008). Não houve melhora deste indicador nos últimos cinco anos. A análise epidemiológica do estado de saúde da população revela que um dos grupos mais vulneráveis continua sendo a população feminina em idade fértil (MÁRQUEZ, 2006).

A redução da mortalidade materna em 75% no período de 1990 a 2015 é uma das metas pactuadas pelos 191 países participantes da Cúpula do Milênio. No Brasil, para cumprir este compromisso e garantir os direitos previstos na Constituição Federal, o Ministério da Saúde tem proposto uma série de diretrizes, normas e protocolos para incrementar a qualidade da atenção à mulher no pré-natal, parto e puerpério e melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal. Entre 1990 e 2007, houve uma diminuição de 46% nas taxas de mortalidade materna, ou seja, de 140 para 75 óbitos (BRASIL, 2010; ESCALANTE; VIOLA; ALVES, 2010; ESCALANTE; MORAIS NETO, 2010).

Os problemas de saúde da área materno-infantil vão acentuando em países como Bolívia, Nicarágua, Guatemala, Honduras e Haiti, devido ao rápido crescimento urbano nas periferias; 93 milhões de latino-americanos vivem na pobreza, sem acesso aos serviços de saúde (RIQUENES; GUTIERREZ, 2004).

As mulheres representam 50,7% da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, ocupam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (BRASIL, 2010; 2011; 2012; COELHO; FRANCO, 2009). Entre as ações que contempla o Ministério da Saúde do Brasil estão atividades que possibilitam às mulheres exercer melhor controle sobre suas vidas em termos do número de filhos que desejam ter.

Atualmente se dispõe de serviços de planejamento familiar, porém mais de 120 milhões de mulheres no mundo em desenvolvimento querem limitar os nascimentos, mas não têm acesso aos anticoncepcionais e se espera que o número de parceiros em idade de conceber aumente pelo menos em 20 milhões a cada ano (AMARO *et al.*, 2006; BROSS; SHAPIRO, 2007).

O risco reprodutivo é também definido como risco preconcepcional, risco obstétrico, risco perinatal, risco infantil. O risco reprodutivo preconcepcional se aplica a mulheres em idade reprodutiva entre 15 e 49 anos, que em presença de condições e fatores de risco aumenta a probabilidade de sofrer danos à sua saúde ou a do filho, quando grávidas. Esta probabilidade não é igual para todas as mulheres, mais a magnitude do risco é individual e assim deve ser considerado. Não existe uma

condição de risco que seja mensurável por igual em cada mulher ou em casais (LEYVA, *et al.*, 2011; JONSON; DORSAL, 2011).

São múltiplas as classificações do risco reprodutivo, porém nenhuma delas substitui o pensamento médico para cada caso individual, de maneira que as mulheres em idade reprodutiva deverão ser cuidadosamente avaliadas para identificar os fatores de risco que incrementem sua vulnerabilidade durante a reprodução e desenhem estratégias para eliminá-los ou modificá-los (FERNÁNDEZ *et al.*, 2008).

Alguns autores assinalam como fatores de risco reprodutivo as idades extremas da vida reprodutiva; o espaço curto entre períodos gestacionais, por sua incidência na mortalidade perinatal; a multiparidade; a gravidez não desejada, pela morbimortalidade materna e perinatal que acomete ao binômio mãe-filho; o efeito socioeconômico da gravidez; a desnutrição e outras complicações maternas durante os períodos gestacionais anteriores; o nível intelectual e cultural deficiente; mães solteiras; tabagistas; assim como a presença de doenças crônicas associadas à gravidez, as quais atuam nocivamente sobre o processo reprodutivo (PENA *et al.*, 2010; WICKREMASINGHE, 2011).

As consequências desta problemática também foram discutidas e coincidem em: gravidez de risco, crianças com baixo peso ao nascer, assim como incremento da mortalidade materna, fetal e infantil.

5.2 Atuação dos profissionais de saúde no risco reprodutivo

A atuação do médico e do enfermeiro no planejamento familiar tem grande importância na atenção básica, pois suas ações influenciam direta e indiretamente nos fatores que afetam a ocorrência da gravidez.

A atuação dos profissionais envolve atividades educativas, clínicas e de acompanhamento e aconselhamento. Estas devem ser desenvolvidas de forma integrada com outros profissionais da Estratégia Saúde da Família, para que possam atender a mulher em todos seus aspectos (CUBA, 2010).

O trabalho em equipe é determinante no planejamento das ações voltadas para mulher. Nesse planejamento devem ser consideradas doenças ou agravos como diabetes, hipertensão arterial, câncer ou fatores de risco, por exemplo, consumo de álcool e outras drogas, sobrepeso, obesidade, gravidez na adolescência; além das condições de vulnerabilidade social: famílias com condições socioeconômicas precárias, baixa escolaridade, situação de violência intrafamiliar, desestruturação por separação, morte ou divórcio. É importante avaliar também os determinantes biológicos, psicossociais e ambientais sobre as condições de risco e vulnerabilidade (NAVAS; CASTILLO; CAMPOS, 2012).

A identificação de condições potencialmente prejudiciais à mulher pressupõe a implementação de ações de saúde, interdisciplinares e multisetoriais, dirigidas para promoção da saúde, prevenção e controle das doenças, o que inclui o assessoramento genético visando orientação e educação com fins de promoção, que permita a tomada de decisões por parte dos indivíduos, família e comunidade (PENA *et al.*, 2010).

Em relação à etapa reprodutiva os cuidados são promocionais e preventivos quando identificam fatores ou doenças prévias à gravidez, que caso coexista aumentarão o risco obstétrico e perinatal. É unânime afirmar que os fatores de risco mais comuns são os biológicos, mais também são importantes os sociais; o foco de atenção não restringe à mulher, mas também deve incluir o pai, a família e toda comunidade nesta atenção (ROSELL; DELGADO; TRUFERO, 2012).

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, do Ministério da Saúde, destaca a importância de uma abordagem integral às mulheres pelos profissionais de saúde, considerando-se questões de gênero, raça/etnia e classe social; preconiza o manejo adequado de "situações de vulnerabilidade relacionadas ao processo saúde-doença, sejam elas individuais, sociais e até mesmo programáticas" (BRASIL, 2010).

Para identificação e manejo de riscos durante o pré-natal e também para uma abordagem de riscos reprodutivos em mulheres não grávidas, em idade fértil, o Ministério da Saúde propõe para os profissionais de saúde uma classificação operacional dos fatores de risco reprodutivo, distribuindo-os em quatro categorias. São elas: características individuais e condições sociais e demográficas

desfavoráveis; história reprodutiva anterior; condições clínicas preexistentes e intercorrências clínicas; e doença obstétrica na gravidez atual. Várias condições elencadas no primeiro grupo indicam situações de vulnerabilidade individual e/ou social como o nível de escolaridade, conflitos familiares ou conjugais, condições de trabalho desfavoráveis, exposição a ambientes insalubres e abuso de drogas que, muitas vezes, manifestam desigualdades e discriminações, seja por classe social, gênero, cor de pele, idade ou outras. A interdependência entre vulnerabilidade programática e risco reprodutivo também é discutida no manual, citado acima, que ressalta que “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, 2010).

Realizar consultas de controle a mulheres com risco reprodutivo promove a saúde da mulher e sua descendência e tem demonstrado diminuir a morbidade e mortalidade materna e infantil, pois se avaliam os fatores que podem dificultar a concepção e o posterior desenvolvimento da gravidez, para atuar sobre eles e diminuir sua incidência (BRASIL, 2010).

Logo, o acesso a uma assistência oportuna, humanizada e de boa qualidade contribui para melhoria dos indicadores de saúde na atenção à mulher, por sua vez no controle dos riscos reprodutivos (MOREJÓN *et al.*, 2008; TORRES; LARDOEY; LARDOEY, 2011).

A opção por ações educativas é um dos caminhos para se trabalhar o risco reprodutivo em mulheres em idade fértil por profissionais de saúde. Segundo Madureira (2009), as ações educativas têm como objetivo capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir ou contribuir na melhoria das condições de saúde da população. A saúde da comunidade depende essencialmente das ações oferecidas pelos serviços de saúde, do esforço da própria população, do conhecimento, da compreensão, da motivação, da reflexão crítica e da adoção de práticas de saúde. Isto só é possível com a participação conjunta da comunidade e do serviço de saúde.

6 PLANO DE AÇÃO

Operacionalização do Plano de Ação

O Quadro 3 apresenta a operacionalização do plano de ação.

Quadro 3 - Operacionalização do plano de ação, ESF Campo Belo, Prudente de Moraes, MG, 2016.

PRIORIDADE	ATIVIDADES	PERÍODO	LOCAL	RECURSOS	SUJEITOS ENVOLVIDOS	RESPONSÁVEL	PRODUTOS ESPERADOS
1. Deficiente controle do risco reprodutivo.	1. Definir pela equipe de trabalho o universo de mulheres em idade fértil e cadastrar as que se identifiquem com algum fator de risco	Primeiro semestre de 2016	UBS Campo Belo.	Fichas de identificação das mulheres	Equipe de Saúde da Família	Enfermeira ACS	Cadastramento de todas as mulheres em idade fértil com algum fator de risco.
	2. Capacitar equipe de saúde na identificação de fatores de risco em mulheres em idade fértil.	Março 2016	UBS Campo Belo.	Materiais didáticos	Equipe de Saúde da Família	Médico Enfermeira	Profissionais capacitados para identificar fatores de risco em mulheres em idade fértil.
	3. Formar grupos de mulheres de risco reprodutivo por micro área visando desenvolver atividades educativas.	Primeiro semestre 2016	UBS Campo Belo	Material didático pedagógico.	Mulheres de cada micro área	Equipe de Saúde da Família.	Maior cuidado das mulheres em relação aos riscos reprodutivo. Uso de métodos contraceptivos pelas mulheres consideradas de risco.
	4. Definir agenda de atendimento para mulheres de risco reprodutivo (consulta médica e de enfermagem), priorizando os casos.	Março 2016	UBS Campo Belo.	Agenda física ou informatizada. Formulários do serviço.	Mulheres de cada micro área.	Médico Enfermeira Técnico de Enfermagem ACS	Comparecimento das mulheres às consultas agendadas.

	5. Estabelecer parcerias com as escolas da área de abrangência da UBS, com foco nas adolescentes, visando realizar atividades educativas.	A cada três meses.	Escolas da área de abrangência da UBS.	Material educativo. Material necessário para confeccionar as ações.	Equipe de Saúde da Família Professores	Médico Enfermeira ACS Professores	Melhorar o conhecimento das adolescentes acerca de métodos contraceptivos. Melhorar o conhecimento sobre gravidez na adolescência.
	6. Garantir o fornecimento de métodos contraceptivos pela secretaria de saúde do município.	Permanente	UBS B. Campo Belo.	UBS B. Campo Belo.	Secretário de Saúde	Médico Enfermeira	Disponibilidade de métodos contraceptivos na UBS.
2. Deficiente educação sanitária da população.	1. Formar promotores de saúde na comunidade para trabalhar em conjunto com os ACS.	Nos primeiros quatro meses do ano.	Micro áreas pertencentes à UBS.	Materiais necessários à capacitação de pessoas da comunidade (jogos educativos, material de escritório, papel kraft, EVA, dentre outros)	Pessoas da comunidade	Médico Enfermeira	Formação de promotores de saúde das micro áreas da UBS
	2. Utilizar a rádio local para divulgação das atividades, bem como informar à população sobre medidas sanitárias de higiene. Afixar cartazes no comércio local.	Permanente	A cidade como um todo	Recursos próprios da rádio local; material informativo disponibilizado pela Secretaria de Saúde.	População em geral.	Secretaria de Saúde UBS	Maior conhecimento da população sobre medidas sanitárias.

	3. Realizar palestras educativas na UBS, nas escolas e em espaços da comunidade, pertencentes às micro áreas, sobre os principais problemas de saúde.	A cada quatro meses.	UBS B. Campo Belo Escolas Espaços da comunidade	Material educativo Material necessário para construção das ações.	População em geral	Equipe de Saúde da Família	Maior conhecimento da população sobre os problemas de saúde, e como resolvê-los.
	4. Capacitar representantes de outros setores da comunidade no reconhecimento de problemas de saúde, por exemplo, professores das escolas pertencentes às micro áreas.	Primeiro semestre/2016	UBS B. Campo Belo	Materiais educativos Material necessário para construção das ações. TV/Vídeo	Representantes da comunidade.	Médico Enfermeira	Melhor conhecimento dos representantes da comunidade sobre problemas de saúde e como contribuir para sua solução.
	5. Realizar concurso na comunidade com a participação das escolas sobre temas de Promoção da Saúde. Exemplo de tema: "Por uma comunidade saudável".	Primeiro semestre/2016	Escolas da comunidade	Material de divulgação (cartazes, etc)	Estudantes e professores	Equipe de Saúde Professores	Participação dos alunos. Maior conhecimento dos alunos sobre os problemas de saúde da comunidade.

	6. Afixar cartazes na sala de espera da UBS informando à população sobre cuidados de saúde.	Primeiro semestre/2016	UBS B. Campo Belo	Cartazes informativos	Pessoas da sala de espera	Equipe de Saúde da Família	Melhor informação da população sobre como cuidar da saúde.
3.Baixa prevalência de doenças crônicas	1. Capacitar os ACS acerca das principais doenças crônicas presentes na população, visando busca ativa e melhor registro das doenças.	Primeiro semestre/2016	UBS B. Campo Belo	Material educativo. Material de escritório. TV/Vídeo.	População em geral	Médico Enfermeira	Melhor conhecimento dos ACS acerca das principais doenças crônicas presentes na comunidade, e de sua importância na busca ativa. Melhorar os registros das doenças crônicas
	2. Utilizar promotores em saúde (pessoas da comunidade) para levantamento de doenças crônicas na comunidade.	Primeiro semestre/2016	Micro áreas pertencentes à UBS.	Formulários	Promotores de saúde.	ACS	Melhor registro e identificação de casos de doenças crônicas na comunidade.
	3. Utilizar recursos existentes na unidade de saúde para identificação de doenças crônicas.	Primeiro semestre/2016	UBS B. Campo Belo	Recursos da UBS (aparelhos, etc).	Profissionais da UBS.	Médico Enfermeira	Melhorar a avaliação dos pacientes na UBS para identificação de doenças crônicas.
	4. Elaborar material instrutivo (panfleto, cartilha, outros) visando informar o usuário portador de doença crônica de como se cuidar.	Permanente	UBS B. Campo Belo	Material instrutivo	Usuários	Equipe de Saúde da Família	Melhor esclarecimento dos usuários acerca de sua doença.

	5. Realizar palestras na comunidade (escolas e espaços da comunidade) acerca das doenças crônicas.	Três vezes ao ano	Micro áreas pertencentes à UBS.	Material educativo necessário para construção das ações.	População e Agentes Comunitários	Equipe de Saúde da Família	Melhorar o conhecimento da população acerca das doenças crônicas.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------------------------------------

As ações apresentadas abaixo visam preparar a equipe de saúde para atender com mais qualidade as mulheres consideradas de risco reprodutivo, assim alcançar melhor atenção à saúde da mãe e do feto e cumprir com os propósitos de se reduzir a mortalidade infantil no país.

O Quadro 4 apresenta as ações desenvolvidas no plano de ação, com seus objetivos, atividades, atores envolvidos, período, resultados esperados e avaliação.

Quadro 4 - Ações desenvolvidas no plano de ação, ESF Campo Belo, Prudente de Moraes, MG, 2016.

AÇÃO	OBJETIVOS	ATIVIDADES	ATORES ENVOLVIDOS	PERÍODO	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>1. Capacitar a equipe de saúde no programa de risco reprodutivo</p>	<p>-Elevar o conhecimento da equipe de saúde sobre risco reprodutivo, com ênfase nos fatores de risco e ações a serem desenvolvidas com as mulheres; - Realizar ações que permitam à equipe de saúde desenvolver habilidades, tais como liderança e trabalho em equipe.</p>	<p>Curso de capacitação direcionado para a equipe de saúde, conforme nível dos participantes.</p> <p>- Seminário com aplicação de técnicas afetivo-participativas visando trabalho em equipe, liderança e motivação.</p> <p>-Trabalho de grupo para desenvolver habilidades comunicativas, com técnicas de persuasão.</p> <p>-Trabalho de grupo utilizando técnicas de socialização para alcançar aceitação do coletivo.</p>	<p>Membros da Equipe de Saúde da Família</p>	<p>Fevereiro 2016 em diante</p>	<p>Capacitação de todos os membros da equipe de saúde.</p> <p>Maior conhecimento sobre os riscos reprodutivos.</p> <p>Melhor atuação junto às mulheres da área de abrangência da equipe.</p>	<p>Avaliar o Número de participantes no programa de risco reprodutivo.</p> <p>Avaliar o trabalho de equipe de saúde</p> <p>Avaliação através de instrumento de coleta de dados, sobre o trabalho dos profissionais de saúde em cada micro área.</p>
<p>2. Definir pela equipe de trabalho o universo de mulheres em idade fértil e cadastrar as que se identifiquem com algum fator de risco.</p>	<p>- Cadastrar todas as mulheres em idade fértil.</p> <p>- Identificar as mulheres que apresentam algum fator de risco associado que as convertam</p>	<p>Capacitação da equipe de saúde como forma de preparar os profissionais para identificar e cadastrar mulheres com risco reprodutivo.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família</p> <p>Mulheres em idade fértil</p>	<p>Março - Abril 2016</p>	<p>Que se cadastrem todas as mulheres em idade fértil, diferenciando as que apresentam fatores de risco que as convertam em risco reprodutivo.</p>	<p>Porcentagem de mulheres em idade fértil cadastradas em cada micro área.</p> <p>- Porcentagem de mulheres classificadas como risco reprodutivo.</p>

	em risco reprodutivo.					
3. Estabelecer um dia de consulta para a atenção de pacientes com risco reprodutivo e priorizar as pacientes com risco maior para seu controle.	<p>- Determinar um dia de consulta na semana, para as mulheres com risco reprodutivo, priorizando as de maior risco por cada micro área.</p> <p>-Realizar avaliação integral das mulheres que permita o controle efetivo de seu risco.</p> <p>- Acordar com os profissionais do NASF consultas multidisciplinares, se necessário.</p>	<p>Abrir agenda para atendimento das mulheres de risco reprodutivo, incluindo consultas com outros profissionais de saúde, por exemplo, nutricionista.</p>	<p>Mulheres com risco reprodutivo</p> <p>Médico</p> <p>Enfermeira</p>	MARCO 2016 em diante	<p>Que as pacientes com risco reprodutivo, tenham uma consulta garantida e que se realize avaliação integral com melhor controle de seu risco.</p>	<p>Porcentagem de mulheres com risco reprodutivo que comparecem à consulta planejada.</p> <p>Porcentagem de mulheres que precisaram de consultas multidisciplinares.</p> <p>Porcentagem de mulheres que compareceram à consulta e estão controladas.</p>
4. Formar grupos de mulheres com risco reprodutivo, por micro área, para desenvolver atividades de educação sanitária, como dinâmicas de grupo.	<p>- Garantir que cada micro área forme seu grupo de mulheres com risco reprodutivo;</p> <p>- Estabelecer um programa de atividades educativas para ser desenvolvido pela equipe de saúde.</p>	<p>Capacitação da equipe de saúde visando prepará-la para realizar atividades de educação sanitária, como dinâmicas de grupo.</p>	<p>Mulheres com risco reprodutivo</p> <p>Equipe de Saúde da Família</p>	Março 2016 em diante.	<p>Que as mulheres que não tinham seu risco em controle, usando um método anticoncepcional para evitar a gravidez o alcancem. O controle de sua doença crônica.</p>	<p>Porcentagem de mulheres que fazem parte dos grupos por cada micro área.</p> <p>Porcentagem de mulheres que compareceram às atividades educativas.</p> <p>Porcentagem de mulheres que conhecem os riscos reprodutivos.</p>

	- Definir os agentes comunitários como protagonistas desta ação.					
5. Contemplar a participação dos homens nas atividades desenvolvidas na UBS com respeito à saúde sexual e reprodutiva, como verdadeiros parceiros responsáveis pela concepção.	- Incorporar os homens em atividades desenvolvidas para o melhor controle do risco reprodutivo.	Realizar atividades educativas sobre educação sexual incluindo a população masculina.	Parceiros das mulheres com risco reprodutivo.	Marco 2016 em diante.	Que os homens participem em conjunto com as mulheres nas atividades desenvolvidas.	Porcentagem de homens que participaram das ações desenvolvidas.
6. Estabelecer relações de trabalho com as escolas para desenvolver ações educativas com as adolescentes.	-Realizar atividades integradas com os professores das escolas, da área de abrangência da UBS, visando sensibilizá-los sobre a importância de participação nas ações educativas; -Levar o conhecimento	Realizar atividades educativas nas escolas com participação de professores e adolescentes, como palestras e grupos de adolescentes, voltados para sexualidade, métodos contraceptivos e DSTs.	Adolescentes	Março 2016 em diante.	Todas as escolas integradas às atividades educativas desenvolvidas pela equipe de saúde e que as adolescentes conheçam os efeitos negativos da gravidez na adolescência, os fatores de risco que podem estar associado, assim como os métodos anticoncepcionais que podem utilizar.	

	<p>sobre o tema aos professores para que apoiem as atividades;</p> <p>-Estabelecer um programa educativo para desenvolver nas escolas pela equipe de saúde.</p> <p>-Trocar informações com os adolescentes sobre métodos contraceptivos mais seguros para esta idade e uso sistemático dos mesmos.</p>					
<p>7. Incorporar à consulta de risco reprodutivo um especialista em Nutrição Dietética.</p>	<p>-Orientar as usuárias com dieta inadequada e doenças crônicas, bem como o restante das mulheres que comparecem às consultas, sobre alimentação saudável.</p>	<p>Realizar atividades educativas sobre alimentação saudável, tendo participação de um nutricionista.</p>	<p>Usuárias que apresentam risco reprodutivo</p>	<p>Março 2016 em diante.</p>	<p>Que as pacientes que comparecerem às consultas receba orientação nutricional adequada, visando evitar efeitos adversos durante a gravidez.</p>	<p>Trimestral</p> <p>Porcentagens de mulheres que agridem a consultas com doenças crônicas</p>
<p>8. Garantir fornecimento regular pela Farmácia do</p>	<p>-Possibilitar às mulheres consideradas de</p>	<p>Garantir junto ao Secretário de Saúde</p>	<p>Usuárias que apresentam risco reprodutivo</p>	<p>Abril 2016 em diante.</p>	<p>Garantir o suprimento de contraceptivos na UBS e fazer com que</p>	<p>Disponibilidade de métodos contraceptivos de forma permanente na</p>

munícipio, métodos contraceptivos às UBS.	risco reprodutivo, uso regular de contraceptivos;	fornecimento regular de contraceptivos			estes sejam utilizados adequadamente pelas mulheres com risco reprodutivo.	UBS Porcentagem de mulheres com risco reprodutivo que utilizam contraceptivos
9. Criar um programa educativo que contribua para modificação dos estilos de vida das usuárias com risco reprodutivo, que tenham doenças ou fatores de risco associados.	- Incorporar estilos de vida saudável, através da utilização de técnicas afetivo-participativas.	Realizar atividades educativas com mulheres em risco reprodutivo, por meio de palestras, e dinâmicas de grupos com técnicas afetivo-participativas.	Usuárias que comparecem à consulta de risco agendada pela equipe de saúde.	Mensal	Que as usuárias que tenham uma doença ou um fator de risco associado, incorporem estilos de vida saudáveis.	Semestrais porcentagens de mulheres que participam nas reuniões ou nas consultas e fazendo avaliação da mudança do estilo de vida da mulheres risco

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para melhorar a atenção à mulher faz-se necessário, principalmente, a junção entre os segmentos da sociedade: saúde, educação e infraestrutura, através da utilização de medidas menos complexas às mais complexas.

Optamos por trabalhar neste plano de ação com grupos operativos, ações educativas, palestras, capacitações dos profissionais, dentre outras, por acreditarmos que são viáveis, menos complexas, e que poderiam permitir a participação dos sujeitos envolvidos na intervenção.

Pensamos que quando trabalhamos com ações educativas não devemos dispor somente de espaço físico, recursos materiais e humanos, ou de um assunto previamente preparado. Nosso papel transcende estes requisitos, ou seja, temos que pensar primeiramente como envolver o público alvo nas nossas atividades. Considerando ser o foco de nossa intervenção os profissionais de saúde, devemos desenvolver estratégias metodológicas que os motive a participar das atividades.

Outro ponto que nos chama atenção, é que, no manejo do risco reprodutivo aspectos culturais, sociais e econômicos das mulheres devem ser considerados. É necessário respeitar a realidade delas. Saber o que significa para elas ter risco reprodutivo; ter uma gravidez com complicações.

Finalmente, gostaríamos de enfatizar que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, além do acesso aos serviços de saúde devem ter oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar.

REFERÊNCIAS

AMARO, H. F.; ROSELL, J. E.; VIRILLA, T. E.; CARDOSO, L. S. C. Alguns fatores de risco em complicações da gravidez associados à mal nutrição materna por defeito. **Tocoginecología Prática**; v.6, n.664, p.407-10, 2006.

AÑEZ, E. *et al.* **Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud**. Maracay: IAES “Dr. Arnoldo Gabaldon”, 2010. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual gestão de alto risco**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2015.

BROSS, D. S; SHAPIRO, S. Direct and indirect association of five factors with infant mortality. **Am J Epidemiol.**; v.115, n.78, 2007.

COELHO, S.; FRANCO, Y. P. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2009.

CUBA. Ministério de Saúde. **Consenso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em obstetrícia e perinatología**. Cidade da Havana, 2010, p.46-51.

ESCALANTE, J. J C.; VIOLA, R. C.; ALVES, S. V. Mortalidade materna no Brasil. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2010. p.201-22

ESCALANTE, J. J. C; MORAIS NETO, O. L. A redução da mortalidade na infância e infantil no Brasil e nas unidades da federação. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2010. p. 177-99.

FERNÁNDEZ, S. T. **Conhecimento da população sobre o risco reprodutivo**. Cidade de Havana; 2012.

FERNÁNDEZ, R. H.; CRESPO, E. Y.; ESTRADA, A. I. L.; RODRÍGUEZ, G. K. Impacto de uma estratégia de intervenção comunitária sobre controle de risco reprodutivo. **Rev. Arq. Méd. Camagüey** [online]. V.12, n.3, jun.2008 Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300007&lng=es>

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **The state of the world's children 2009**. maternal and newborn health [online]. Ginebra: United Nations Children's Fund; 2008. disponível em: <<http://www.unicef.org/sowc09/>>

GONZÁLEZ, Q. J. A; MUÑOZ, T. A. F. Intervenção educativa sobre planificação familiar numa Comuna de Haití. **Rev. Mediciego**. [online]. 2008 jun; v.14, supl.1, jun.2008 Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/articulos/a8_v14_supl108.htm>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Dados do município de Prudente de Morais, Minas Gerais, 2010.

JONSON, C. P.; DORSAL, J. **As transições até adolescência**. Disponível em: <http://www.spinabifidaassociation.org/atf/cf/%7BEEED435C8-F1A0-4A16-B4D8-A713BBCE4%7D/sp_Adolscence.pdf> 2011

LEYVA, R. N.; SOSA, Z. M.; GUERRA, C. D.; MOJENA, O. D.; GÓMEZ, P. N. Modificação de conhecimentos sobre saúde reprodutiva em adolescentes com risco reprodutivo. **MEDISAN** [online], mar.2011.

MADUREIRA, M. D. S. A ação educativa em saúde. *In*: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Escola de Enfermagem. **Curso de Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**. Unidade 4, 2009.

MÁRQUEZ, A. V. Risco reprodutivo na consulta de planificação familiar. **Rev. Cubana Med. Gen. Integral**; v.4, n.3, p.192-5, 2006.

MOREJÓN, A. J; HERNÁNDEZ, M. E.; BOFILL, D. S; ACUÑA, D. A. Risco reprodutivo em mulheres do consultório do Policlínico Carlos Verdugo. **Rev. Médica Eletrônica** [online]. v.30, n.6, nov./dic. 2008. Disponível em: <<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema09.htm>>

MORSE, M. L.; FONSECA, S. C.; BARBOSA, M. D.; CALIL, M. B.; EYER, F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad Saúde Pública**, 2011; v.27, n.4, p.623-638, 2011.

NAVAS, A. N.; CASTILLO, F. F. A.; CAMPOS, M. A. Caracterização do risco reprodutivo. **Arq. Méd. Camagüey** [online]. V.10, n.2, jun.2012. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300007&lng=es>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Opções anticonceptivas**: acesso mundial à planificação familiar. Genebra: 2002.

PENA E; SÁNCHEZ, A; PORTILLA, Z; SOLANO, L. Dietary evaluation of pregnant adolescents during first, second and third trimester. **Arch Latino-am Nutr**, v.53, n.2, p.133-40, 2010.

PILZ, D. M.; DOCKHORN, B. S.; GARLET, E.; POLACINSKI, E. Ferramentas da qualidade: uma aplicação em uma IES para desenvolvimento de artigos científicos. Semana Internacional das Engenharias da Faculdade Horizontina - FAHOR. São Paulo, s/d.

PRUDENTE DE MORAIS. **Arquivos**. 1984.

PRUDENTE DE MORAIS. Secretaria de Saúde. **Dados do município de Prudente de Morais, Minas Gerais**. 2013.

PRUDENTE DE MORAIS. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/SUS**, 2015.

RIQUENES, G. C.; GUTIÉRREZ, C. T. Planificação familiar e anticoncepção em Alvarez Síntes R. *Temas de Medicina Geral Integral*. Havana: Ciências Médicas, 2004: T1, p.256-78.

ROSELL, J. E.; DELGADO, H. M.; TRUFERO, C. N. Risco reprodutivo. **Arq. Méd. Camagüey** [online]. V.10, n.6, ago.2006 Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300007&lng=es>

TORRES, S. Y.; LARDOEY, F. R.; LARDOEY, F. M. Caracterização dos fatores do risco em grávidas com hipertensão gestacional e crônica na área de saúde. **Rev. Cubana Med. Gen. Integral** [online]. V.25, n.2., sep.2009. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200004&lng=es>

WICKREMASINGHE, V. P.; PRAGEETH, P. P.; PULLEPERAMA, D. S.; PUSHPAKUMARA, K. S. **Preconceptional care of women at booking visit at the Soysa Maternity Hospital**, 2011.