

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

YANELA DELGADO CUESTA

**ESTRATÉGIAS PARA ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA CIDADE NOVA, SANTANA DO PARAÍSO/MG**

IPATINGA- MINAS GERAIS

2016

YANELA DELGADO CUESTA

**ESTRATÉGIAS PARA ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA CIDADE NOVA, SANTANA DO PARAÍSO/MG**

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

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

**IPATINGA – MINAS GERAIS
2016**

YANELA DELGADO CUESTA

**ESTRATÉGIAS PARA ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA CIDADE NOVA, SANTANA DO PARAÍSO/MG**

Banca examinadora:

Prof.: Dr. Alisson Araújo – Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ)

Profa. Dra. Liliane da Consolação Campos Ribeiro Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Aprovado em Belo Horizonte em:20/06/2016

DEDICATÓRIA

Aos meus amigos pelo incentivo e pelo apoio constantes.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Alisson Araújo pela excelente orientação e ajuda.

A todos que contribuíram para o desenvolvimento e conclusão deste curso.Obrigada!

RESUMO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas “gestantes de alto risco”. É indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta pré-natal. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno ou perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica. O presente estudo buscou através do projeto de intervenção implantar estratégias para a assistência da gestante com hipertensão arterial sistêmica pela equipe de saúde da família de Cidade Nova, em Santana do Paraíso. Participaram do estudo 18 grávidas que preencheram os critérios de inclusão, foi aplicada uma pesquisados encontros quinzenais e realizou-se uma avaliação do nível de conhecimento sobre o assunto em questão, foi feita uma avaliação dos dados do SIAB que permitiu sistematizar os critérios de classificação dos riscos mais importantes na gravidez. As doenças crônicas na gravidez podem representar uma ameaça aos projetos de vida das portadoras das mesmas. As grávidas com este tipo de doença são forçadas a manter controle rigoroso no seu estilo de vida, além da vigilância constante sobre os sinais e sintomas que, se não são controlados, podem levar a situações graves e até à morte.

Palavras Chaves: Gravidez de alto risco. Complicações na gravidez. Hipertensão induzida pela gravidez. Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological phenomenon and should be seen by pregnant women and health workers as part of a healthy life experience that involves dynamic changes of the physical, social and emotional look. However, due to certain risk factors, some pregnant women may be more likely to adverse developments. These are called "high-risk pregnancies." It is essential that the risk assessment is permanent, that is, come in all prenatal visit. In contrast, when they are identified factors associated with worse maternal or perinatal prognosis, pregnancy is defined as high risk, going to require more frequent evaluations, often making use of procedures with greater technological density. This study sought through the intervention project to implement strategies for the mother's assistance with hypertension by the health team of the New Town Family in Santana do Paraíso. The study enrolled 18 pregnant women who met the inclusion criteria was applied surveyed fortnightly meetings and conducted an evaluation of the level of knowledge about the subject matter, an assessment of the SIAB data that allowed to systematize the classification criteria was made most important risks in pregnancy. Chronic diseases in pregnancy can pose a threat to the life projects of the same carriers. Pregnant women with this type of disease are forced to keep tight control on your lifestyle and the constant surveillance of the signs and symptoms that, if not controlled, can lead to serious conditions and even death.

Key words: High-risk pregnancy. Pregnancy complications. Pregnancy-induced hypertension. Prenatal care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERENCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Santana do Paraíso é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, situada a 214 km da Capital Belo Horizonte, a 793 km de São Paulo - SP e a 942 km da capital do Brasil, Brasília – DF. A lei Estadual Nº 10.709 de 17 de abril de 1992 registra a criação do município de Santana do Paraíso e sua emancipação político administrativa foi sancionada em 28 de abril do mesmo ano (SANTANA DO PARAISO, 2013).

Pertencente à Mesorregião do Vale do Rio Doce e Microrregião de Ipatinga, localiza-se a nordeste da capital do estado. Ocupa uma área de 275, 529 km², 3, 3549 km² em perímetro urbano, e sua população, em 2010, foi contada em 27 258 habitantes. Agora no ultimo censo, 2014 tem uma população estimada de 30.943 habitantes (IBGE, 2014). Sendo assim o 162º mais populoso do estado de Minas Gerais e o quarto de sua microrregião, perdendo para Belo Oriente, Coronel Fabriciano, Ipatinga e Timóteo (SANTANA DO PARAISO, 2013). Juntamente com estas três últimas cidades citadas forma a Região Metropolitana do Vale do Aço, composta ainda pelos 22 municípios do colar metropolitano. Com uma taxa de urbanização da ordem de 94,72 %, o município contava em 2009 com oito estabelecimentos de saúde. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0, 712, considerando-se assim como médio em relação ao estado de Minas Gerais (IBGE, 2013).

“O município está situado no Vale do Rio Doce e possui uma rede hidrográfica de 16 córregos, 03 ribeirões e 4 lagoas, sendo o principal curso d’água o Rio Doce”.(SANTANA DO PARAISO, 2013, p.7). O abastecimento de água: concessionária COPASA. Existem 5.054 domicílios ligados a rede geral e 832 cisternas ou nascentes (SANTANA DO PARAISO, 2013).

Possui 2.689 domicílios urbanos ligados a rede geral e 896 que possuem fossas rudimentares. A coleta de lixo é realizada pela empresa W.F, diretamente em 2.609 residências, indiretamente em 732 e o lixo é jogado no rio ou lago por 33 residências (IBGE, 2013).

O crescimento populacional é a mudança positiva do número de indivíduos de uma população dividida por uma unidade de tempo. A população de Santana do Paraíso no ano de 2000 era de 18.141 pessoas. Em 2010 já havia mais de 27.265.

Pode-se perceber então que a cidade possui atualmente um crescimento populacional de 912 pessoas ao ano (SANTANA DO PARAISO, 2013, p.13).

Índice de envelhecimento é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem. É habitualmente expresso em número de residentes com 65 ou mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos. Em Santana do Paraíso isso representa 2289 indivíduos acima de 65 anos sobre 7170 jovens. Neste sentido encontramos uma porcentagem de 31,92 %. Este número torna-se considerável quando comparado ao índice de envelhecimento brasileiro que é de 25%. Tal contexto leva á considerações importantes nos aspectos de melhoria na qualidade de vida do cidadão paraense, pois o mesmo está envelhecendo na medida em que a taxa de mortalidade vem caindo (SANTANA DO PARAISO, 2013, p. 13).

Quadro 1. População residente por faixa etária e sexo 2010

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	861	826	1687
5 a 9 anos	1.213	1.156	2369
10 a 14 anos	1.346	1.330	2676
15 a 19 anos	1310	1225	2535
20 a 24 anos	1169	1146	2315
25 a 29 anos	1202	1279	2481
30 a 34 anos	1182	1261	2443
35 a 39 anos	1074	1055	2129
40 a 44 anos	909	942	1851
45 a 49 anos	764	796	1560
50 a 54 anos	711	668	1379
55 a 59 anos	584	529	1113

60 a 64 anos	367	381	748
65 a 69 anos	232	287	519
70 a 74 anos	227	206	433
75 a 79 anos	144	158	302
80 a 84 anos	87	80	167
85 a 89 anos	31	47	78
90 a 94 anos	10	25	35
95 a 99 anos	1	3	4
Mais de 100 anos	0	2	2

Fonte: IBGE 2014.

O índice de analfabetismo segundo dados do(IBGE,2010) é de 9,7%, ou seja, 1939 pessoas são analfabetas.

Nos dados do IBGE de 2005 o município possuía R\$ 108 346 mil no seu Produto Interno Bruto. Desse total 150 680, 493 mil são de impostos sobre produtos líquidos de subsídios. O PIB *per capita* é de R\$ 6 251,01. A agricultura representa a menor parcela da economia de Santana do Paraíso. De todo o PIB da cidade 1 785 mil reais é o valor adicionado bruto da agropecuária. A indústria atualmente é o segundo setor mais relevante para a economia paraisense. 48 322 reais do PIB municipal são do valor adicionado bruto da indústria (setor secundário). 71 191 mil reais do PIB municipal são de prestações de serviços (terciário), sendo atualmente a maior fonte geradora do PIB paraisense. Segundo informações colhidas no (IBGE, 2010) o Índice de Desenvolvimento Humana (IDH) população. O Conselho Municipal de Saúde é composto por representantes do governo municipal, trabalhadores da saúde e representantes da sociedade civil, as reuniões são trimestrais ou conforme de pautas.

O orçamento destinado à saúde: Mais de 15% dos recursos próprios do município são destinados a saúde além dos recursos específicos distribuídos em blocos direto no fundo municipal de saúde.

O município Santana do Paraíso é dividido por oito EFS as quais estão divididas por micro áreas. Estas ESF são Centro I, Centro II, Veraneio, Residencial, Águas Claras, Industrial, Parque Caravelas e Cidade Nova.

O município não conta com Hospitais ou Policlínicas. As referencias para atendimento são encaminhadas para o município mais próximo, Ipatinga. Só um laboratório e vários postos de odontologia. As redes de Média Complexidade estão no Município de Ipatinga: Policlínica Municipal, Centro de Controle de Doenças Infecciosas e Parasitárias (CCDIP), Unidade de Pronto Atendimento (UPA). E as redes de Alta Complexidade: Hospital Eliane Martins e Hospital Marcio Cunha, também no município próximo.

A atenção à saúde do município conta com médicos de família, odontólogos, médico psiquiatra, enfermeiros, educador físico, nutricionista, fonoaudiólogo, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, com carga horária de 40 horas semanais e horário de trabalho das 7.00 horas às 16.00 horas.

A ESF Cidade Nova possui 8500 habitantes segundo censo do ano 2014. As principais fontes de emprego nessa área de abrangência são pequenos comércios e do trabalho de duas escolas estaduais na região.

O bairro conta com Serviço de luz elétrica no 100% de seu território assim como com serviço de água e telefonia, mas não têm correios e também não tem bancos. Contamos com 6 igrejas, duas escolas e um creche.

A UBS esta no bairro longe de algumas áreas. Presta assistência, incluem consultas médicas, vacinas e curativos, um pouco limitado o atendimento por as insuficientes salas. A UBS consta de: 3 Médicos Clínicos Gerais, 1 Enfermeira, 3 Técnicas de enfermagem e 7 Agentes Comunitários de Saúde.

A Unidade Básica conta com recepção, sala de espera, um consultório médico, uma sala de triagem, uma sala de curativo, uma sala de enfermeira. Uma pequena sala de farmácia e dois banheiros.

Na ESF Cidade Nova o atendimento médico é realizado 5 vezes por semana. Na quarta e na sexta as consultas médicas são realizadas por duas médicas, uma médica de clínica geral contratada pela Prefeitura e uma médica do Programa Mais Médicos. A equipe é formada por 1 enfermeira, que atua 40 horas semanais e 1 auxiliar de Serviços Gerais. O município conta com 1 ambulância, para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade. A referência para a média e alta complexidade são os municípios de Ipatinga. O Município Santana do Paraíso

não tem sistema de referência e contra referência, encontra-se no Município Ipatinga, que presta serviço nessa gestão.

Na região correspondente a área de abrangência da ESF Cidade Nova, a maioria das ruas são pavimentadas. A sede atual da ESF foi implantada em Novembro de 2014, imóvel alugado no bairro Cidade Nova.

De acordo com os dados do SIAB, o município tem cadastrado no final do ano de 2014, 2759 portadores de hipertensão arterial, 741 portadores de diabetes. A prevalência dessas doenças também é alta na área de abrangência da ESF Cidade Nova. Encontra-se cadastrados no consultório 383 pacientes hipertensos e 181 diabéticos. Existe parte da população no bairro que não está cadastrada que considera-se área descoberta.

Ao realizar a priorização dos problemas de saúde da comunidade, a equipe de saúde da ESF Cidade Nova levou em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Desse modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi a assistência pré-natal de mulheres grávidas com hipertensão arterial, devido a alta incidências da doença entre as gestantes. Existem um numero de grávidas com diagnostico de Hipertensão Arterial que levam acompanhamento na ESF no momento 18 gestante tem diagnostico. Tem um numero elevado que faz atendimento em consultas particulares.

O plano de ação é composto por operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes do problema selecionado. As operações são um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos econômicos, organizacionais, cognitivos, políticos e humanos.

2 JUSTIFICATIVA

Existem inúmeros problemas de saúde que podem levar a uma gravidez de risco, especialmente a asma, doenças cardíacas, problemas da tiróide ou a pressão arterial elevada. São tudo fatores que podem afetar uma gravidez, tornando-a numa gravidez de risco. Gravidez e parto são, particularmente, eventos de risco para mulheres que sofrem de subnutrição, e especialmente de anemia. Outros fatores de risco, de importância crescente, níveis altos de colesterol, uso do tabaco, obesidade e violência. Estes fatores contribuem para desfechos reprodutivos precários, tanto para a mãe como para a criança. Apresentar complicações tais como: pré-eclampsia, eclampsia ou nascimentos com peso baixo e malformações congênitas.

O manejo adequado pelo médico da Unidade Básica de Saúde, Obstetra, enfermeira e demais membros da equipe de saúde é um dos maiores desafios para redução da morbidade nas mulheres em idade fértil ou grávidas.

Para executar um plano de ação sob os fatores de riscos e doenças nas mulheres, e assim falar de medicina preventiva, é necessário evitar o aparecimento de doenças ou pelo menos controlá-las, evitando complicações das doenças. Acompanhar a saúde das mulheres em idade fértil e o controle. No posto de saúde existe um controle das pacientes grávidas com diagnóstico de Hipertensão Arterial onde as consultas são alternadas entre médico geral e obstetra se estão compensadas. Se manter níveis de pressão altos então são encaminhadas para consultas e seguimento só com obstetra. No caso de não ser controlado o estado da grávida ela é encaminhada para o serviço hospitalar.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral: Elaborar um Projeto Intervenção para implantar estratégias para assistência da gestante com hipertensão arterial sistêmica pela equipe de saúde da família de Cidade Nova, em Santana do Paraíso ,MG.

Objetivos específicos:

1. Realizar ações educativas com a população da importância do conhecimento dos riscos de doenças crônicas nas grávidas e como evitar complicações.
2. Capacitar os profissionais da equipe da ESF Cidade Nova sobre a atenção pré-natal das gestantes com Hipertensão arterial Sistêmica.
3. Propor um protocolo para atendimento da gestante hipertensa integrando o acompanhamento o serviço de pré-natal de alto risco e a atenção pré-natal da ESF Cidade Nova.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor um Projeto Intervenção para diminuir as complicações nas grávidas na área de abrangência da Unidade de Saúde de Cidade Nova, no Município de Santana do Paraíso, MG.

Serão realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, do site eletrônico do Programa Hiperdia, site eletrônico do DATASUS, dentre outros (são exemplos de onde você poderá retirar os dados). Será realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros. O período de busca será de publicações entre 2000 e 2016, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores, foram utilizados os descritores: Gravidez de Alto Risco, Complicações na gravidez, Hipertensão induzida pela gravidez Cuidado pré-natal

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional serão utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referencia os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família segundo Campos, Faria e Santos (2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- A Estratégia de Saúde da Família e Assistência ao Pré-natal

Nas últimas décadas tem acontecido uma redução importante da mortalidade infantil no Brasil, os indicadores de óbitos neonatais tiveram uma velocidade de queda aquém do desejado. O número mortes evitáveis ainda expressivo faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. (BRASIL, 2010)

Pré-natal é a assistência prestada à gestante desde o início da gravidez, visando melhoria das condições de saúde para mãe e feto, prevenindo problemas que podem afetar ambos durante os nove meses de gestação, possibilitando que no fim da gravidez ocorra o nascimento de uma criança saudável, promovendo bem-estar materno e neonatal. (SILVA e MONTEIRO, 2010)

Para o Ministério da Saúde do Brasil, o principal objetivo da atenção ao pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez – período de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. (BRITO, *et al*, 2008)

O pré-natal ainda caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas e, por meio do contato freqüente e planejado da gestante com os serviços de saúde, realiza o rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez, (BRITO, *et al*, 2008)

As ações de saúde desenvolvidas durante a atenção ao pré-natal devem dar cobertura às gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação. Constituem uma importante ação programática, uma vez que permitem acompanhar a gravidez da gestante e identificar situações de risco para a mãe ou para o feto, corrigindo-as quando necessário. (MENDOZA-SASSI, *et al*, 2011)

Uma atenção adequada pode evitar importantes desfechos negativos no recém nascido, como retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil. (MENDOZA-SASSI, *et al*, 2011).

Contribui, também, para a redução da taxa de óbitos maternos e para a redução dos custos hospitalares, haja vista, que as complicações no pós-parto geram custos adicionais decorrentes dos cuidados com recém-nascidos e puérperas no que se refere às despesas com consumo de medicamentos, materiais e insumos,

internações hospitalares e realização de procedimentos de média e alta complexidade. (SILVA e MONTEIRO, 2010)

A morte materna continua sendo um problema relevante, apesar da comprovação de que 92% dos casos associados ao período gravídico puerperal poderiam ser evitados com uma atenção pré-natal adequada, uma vez que os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições da assistência ao pré-natal. (MIRANDA e FERNANDES, 2010)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, quase 3/4 das mortes maternas ocorridas em países pobres são evitáveis, 26% com o pré-natal e 48% com a ampliação do acesso aos cuidados obstétricos de qualidade. (VIDAL *et al*, 2011)

Os índices de adequação do pré-natal são baixos, como mostram alguns estudos realizados nos últimos anos (em torno de 33% das gestantes recebem atendimento inadequado) e o trimestre de início do acompanhamento ainda apresenta valor inferior ao desejado (aproximadamente 13% das mulheres iniciam o pré-natal tardiamente), (MENDOZA-SASSI, *et al*, 2011)

Ciente da importância da atenção pré-natal, o Ministério da Saúde (MS) lançou por meio da Portaria/GM n.º 569, de 1º de junho de 2000, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), propondo critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderissem a este programa.

O Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para atenção pré-natal, dentre elas figuram desde rotinas preconizadas para consultas até a definição de fatores de risco na gravidez e definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, sendo a garantia dos exames básicos uma destas ações (BRASIL, 2010) .

A ESF possui uma linha de atendimento diferenciado para as gestantes e que envolve a identificação, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), das mulheres com atraso menstrual na comunidade, o que pode indicar um provável diagnóstico de gravidez. Ao detectar uma mulher com atraso menstrual, o ACS agenda, imediatamente, a primeira consulta (MIRANDA e FERNANDES, 2010).

Consegue-se assim a captação precoce das mulheres grávidas durante as visitas domiciliares. Importante salientar que o modelo adotado pela ESF preconiza a delimitação da área de abrangência da unidade de saúde tornando possível detectar precocemente as gestantes residentes na comunidade e incentivá-las ao comparecimento no programa de Pré-Natal (GONÇALVES *et al*, 2008).

A adesão de 100% das gestantes ao Pré-Natal, sem abandono e/ou óbitos maternos requerem o estabelecimento de mecanismos efetivos de regionalização do sistema local de saúde, que ocorre na ESF, como forma de qualificar a assistência (GONÇALVES et al, 2008)

No estudo de Miranda, et al (2009), os resultados da assistência pré-natal das unidades ESF mostraram-se melhores do que os do Centro de Atendimento e Atenção Materno- Infantil. As unidades da ESF, portanto, atendem aos princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A ESF obteve, em todos os indicadores, melhores resultados que o Centro de Atendimento e Atenção Materno- Infantil. (MIRANDA e FERNANDES, 2010)

Isso se deve especialmente às ACS, que desempenham papel importante para a consolidação dos preceitos desta estratégia, especialmente no que diz respeito à captação das gestantes na comunidade para iniciar a atenção pré-natal. (MIRANDA e FERNANDES, 2010)

A Estratégia de Saúde da Família teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil no Brasil, no período de 1991 a 2002. Para cada aumento de 10% da cobertura da ESF, a mortalidade infantil caiu 4,5%. (BRITO, *et al*, 2008)

A cobertura à atenção pré-natal tem aumentado no Brasil, e segundo dados do Ministério da Saúde o atendimento pré-natal realizado na atenção básica aumentou em mais de 350% nos últimos 10 anos devido à ESF (MENDOZA-SASSI, *et al*, 2011) .

As avaliações realizadas sobre o desempenho da ESF em diversos desfechos mostram que, mediante ações programáticas bem definidas, a estratégia está aumentando a equidade dos cuidados à saúde da população brasileira. (MENDOZA-SASSI, *et al*, 2011)

- O RISCO NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

A primeira consulta é o momento onde deve ser feita a identificação de riscos para a gestante e/ou o feto , mas tem de ser revista a cada retorno. Sendo esta uma estratégia relevante para estabelecer o plano de ação terapêutica, por exemplo, indicando a regularidade dos retornos e seu nível de complexidade. O profissional deve ter motivação e experiência clínica para efetuar interrogatório e avaliação clínica detalhados, esta última por vezes apoiada em exames complementares a fim de se identificar potenciais riscos, sem necessidade de se ater a um modelo fixo (BRASIL, 2012).

O fator de risco é um marcador de alerta que muitas vezes não se manifesta com as complicações possíveis, não se deve considerar identificação de fator de risco como indicador de transferência de cuidados (BRASIL, 2012).

A atenção por profissionais competentes pode ser suficiente para prover o cuidado necessário. A segunda opinião de equipes especializadas, treinadas na atenção a gestações de alto risco, pode-se buscar. Se deve evitar que a transferência da gestante, se não houver um claro benefício. Caso o encaminhamento ocorra, a gestante deve ter seu cuidado pré-natal monitorado pela unidade de origem através de visitas domiciliares. Com isso evita-se a duplicidade de atendimento e garante-se a responsabilidade sobre o cuidado com a gestante (BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2012), os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em:

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: Idade maior que 35 anos; idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*; altura menor que 1,45m; peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30); anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; hábitos de vida – fumo e álcool; exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

2. História reprodutiva anterior: Abortamento habitual; morte perinatal explicada e inexplicada; história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; parto pré-termo anterior; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e grande multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; diabetes gestacional; cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes: Hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias.

- GESTANTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, notadamente nos países em desenvolvimento, onde ocorrem 99% dos óbitos maternos (Lait M. M. *et. all*, 2011) .

Atualmente as doenças crônicas têm uma representação significativa frente à população mundial. Dentre elas, destaca-se a hipertensão arterial, acometendo um grande número de pessoas em todo mundo, possuindo elevadas taxas de morbimortalidade relacionadas a complicações cardiovasculares, coronarianas, encefálicas, renais e vasculares. Quando presente na gestação, mostra sérias complicações maternas e fetais incluindo piora do quadro hipertensivo, pré-eclâmpsia sobreposta, restrição do crescimento fetal, parto prematuro, descolamento prematuro da placenta e óbito fetal (BRASIL, 2012 b).

Segundo Herculano (2010), a hipertensão é uma das doenças mais comuns em grávidas, essa patologia aparece em 10% da população brasileira e o índice de mortalidade chega a 35%.

Os critérios de classificação da hipertensão arterial em gestantes são diversos. Segundo (BRASIL, 2010) as recomendações adotadas pela International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, aquela que indica maior especificidade diagnóstica é a do National High Blood Pressure Education Program, que caracteriza:

- Pré-eclâmpsia (PE) – estado hipertensivo acima da 20ª semana de gravidez, acompanhado de proteinúria em 24 horas com valor maior ou igual a 300 mg. Pode surgir mais cedo quando ocorrer concomitantemente à mola hidratiforme e hidropisia fetal. O quadro hipertensivo desaparece até a 12ª semana pós-parto.

- Hipertensão gestacional – hipertensão detectada apenas após a 20ª semana de gravidez, sem proteinúria significativa. É denominada “transitória” quando o estado hipertensivo desaparece após a 12ª semana pós-parto.

- Hipertensão arterial crônica (HAC) – quadro hipertensivo diagnosticado antes da gravidez ou da 20ª semana gestacional e que não desaparece após o parto, sem limitação de tempo.

- Pré-eclâmpsia sobreposta a HAC – diagnóstico de proteinúria significativa, podendo acometer até 30% das grávidas com HAC. Deve-se suspeitar dessa complicação quando ocorrer piora súbita dos níveis tensionais e dos valores de proteinúria, surgimento de plaquetopenia e/ou anormalidades dos valores das

transaminases. Complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal no Brasil. Ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações e são mais frequentes nos casos de pré-eclâmpsia (PE), que é mais comum em mulheres nulíparas, com gestação múltipla, hipertensão crônica, história de PE anterior, síndrome do anticorpo antifosfolípide, nefropatias, história familiar de PE, diabetes mellitus, primipaternidade e hidropisia fetal não imune.

A hipertensão arterial além de ser uma condição muito frequente, associada à gestação é de fundamental importância porque pode ser prevenida, diagnosticada e tratada já durante o acompanhamento pré-natal, reduzindo a ocorrência de seus efeitos negativos sobre a saúde da mulher e da criança, é fundamental classificar a síndrome hipertensiva, diferenciando-se a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de vasoconstrição aumentada com redução da perfusão, de uma hipertensão primária ou crônica pré-existente (BRASIL, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Com a implantação do SUS foi necessário a utilização de ferramentas e tecnologias na identificação dos problemas de saúde da população para elaborar intervenções. Uma dessas ferramentas é o planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Neste trabalho foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Segundo Teixeira (2010) o PES consta de quatro momentos: explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional os quais tem um relacionamento de interdependências.

A equipe de Saúde de Cidade Nova realizou a Análise da Situação de Saúde tendo em conta cada um dos passos a seguir: a identificação, descrição, priorização e explicação dos Problemas de Saúde, logrando a identificação das necessidades sociais para determinar prioridades de ação.

A equipe fez uso do método de estimativa rápida que segundo Campos; Faria; Santos, (2010) permite obter toda informação das variáveis demográficas necessárias, fazendo uso de três fontes: registro da equipe, entrevistas e outras fontes secundárias e com isto dados é possível de forma superficial descrever o perfil da população.

No desenvolvimento do método da Estimativa Rápida o primeiro passo é definir o perfil de planejamento que deve contemplar quatro blocos de informação. que contemplam, o levantamento dos problemas e necessidades da comunidade e, os recursos existentes e as intervenções orientadas á solução dessas necessidades (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para elaboração do plano de ação foram levados em conta os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Feita a identificação dos problemas, a equipe realizou a priorização dos que serão enfrentados; para seleção dos problemas, se considerou: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentados. Após foi feita a descrição e caracterização para ter-se a idéia da realidade.

Tendo como referências esta metodologia a equipe azul do Vale do Sol fez o diagnóstico situacional, a continuação se detalha a lista de problemas identificados, sua priorização, descrição, caracterização, e identificação dos nós críticos.

Os problemas mais relevantes identificados pela equipe foram:

1. Alta incidência de infecções respiratórias agudas.
2. Prevalência elevada de consultas de pacientes com uso prolongado de psicofármacos.
3. Índice elevado de pacientes com doenças osteoarticulares.
4. Baixo índice de cadastramento de pacientes com acompanhamentos em programas (Hipertensão e saúde mental).
5. Elevada incidência de DTS em mulheres em idade reprodutiva.
6. Elevada incidência de fatores de risco cardiovascular.
7. Inadequada percepção do risco de sofrer complicações por doenças cardiovasculares.

A hipertensão na gestante pode induzir alterações metabólicas e vasculares a longo prazo, associadas ao aumento do risco cardiovascular e para o bebê. As complicações mais comuns no pré-natal são os distúrbios hipertensivos. Na comunidade o desconhecimento dos riscos da Hipertensão na gravidez faz que não avaliem a importância de um adequado acompanhamento. Foram identificados vários fatores relacionados que é muito importante sejam abordados pela equipe de saúde para ajudar a melhorar a saúde de nossas gestantes e evitar complicações nelas e com isso diminuir mortalidades nas mulheres e bebês.

Os nós críticos identificados pela equipe foram:

- 1- Nível de informação deficiente sobre os riscos nas mulheres em idade fértil e grávidas.
- 2- Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
3. Hábitos e estilos de vida inadequados.

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico: Nível de informação deficiente sobre os riscos nas mulheres em idade fértil e grávidas na área de abrangência do posto de saúde de Cidade Nova, Santana do Paraíso, Ipatinga, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Nível de informação deficiente sobre os riscos nas mulheres em idade fértil e grávidas.
Operação	Aumentar o nível de informação sobre risco pré-concepcional.
Projeto	Saber +
Resultados esperados	População mais informada sobre riscos nas mulheres em idade fértil e grávidas.
Produtos esperados	Conhecer o nível de informação da população sobre risco pré-concepcional. Capacitação dos ACS e líderes formais e informais. Palestras na unidade
Atores sociais/ responsabilidades	Dra. Yanela Delgado Cuesta. Enfermeira da Equipe de Saúde. Diretor da Secretaria de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento e capacitação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. Organizacional: Organizar palestras na unidade básica de saúde e nas zonas rurais. Político: Organização intersetorial
Recursos críticos	Político: Apoio intersetorial e mobilização social. Financeiro: Para aquisição de folhetos. Para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras na zona rural.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Dra. Yanela Delgado Cuesta. Enfermeira da Equipe de Saúde. Diretor da Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Avaliação do nível de informação da população sobre fatores de risco nas grávidas. Capacitação dos ACS. Palestras na unidade básica de saúde.
Responsáveis:	Dra. Yanela Delgado Cuesta. Enfermeira da Equipe de Saúde. Diretor da Secretaria de Saúde.
Cronograma / Prazo	Início em 2 meses e terminação em 12 meses.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico: Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado relacionado ao problema pouca informação dos ricos de Hipertensão Arterial nas mulheres grávidas na área de abrangência do posto de saúde de Cidade Nova, Santana do Paraíso, Ipatinga, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
Operação	Linha de Cuidado . Implantar a linha de cuidado para diminuir os ricos de complicações nas grávidas.
Projeto	“Caminhada do futuro”
Resultados esperados	Cobertura de 100% nas mulheres em idade fértil.
Produtos esperados	Linha de cuidado risco de complicações ; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados;
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: elaboração de projeto e treinamento da equipe Político: Articulação entre os setores da saúde e de adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Cognitiva: elaboração de projeto e treinamento da equipe.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Adesão da equipe de saúde. Apresentação do projeto.
Responsáveis:	Medica Yanela Delgado Cuesta. Enfermeira.
Cronograma / Prazo	Início em 1 mês após aprovação do projeto e terminação em 3 meses.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico: “Hábitos e estilos de vida inadequados” relacionado ao problema, ricos de Hipertensão Arterial nas mulheres grávidas na área de abrangência do posto de saúde de Cidade Nova, Santana do Paraíso, Ipatinga, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Hábitos e estilos de vida inadequados.
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	+Vida
Resultados esperados	Diminuir hábitos e estilos de vida inadequados que levam a complicações nas pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial no prazo de um ano.
Produtos esperados	Programa de atividades físicas do educador físico do NASF. Campanha educativa nas igrejas locais. Grupos operativos.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Organizacional: organizar agenda de trabalho; Organizar grupos para atividade física e grupos operativos. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: espaço nas igrejas, mobilização social.
Recursos críticos	Político: espaço nas igrejas, mobilização social.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde. Educadora física do NASF. Conselho local de saúde. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apoio dos setores sociais.
Responsáveis:	Equipe de saúde.
Cronograma / Prazo	Início em 1 meses após Implantada a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado e terminação em 12 meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão bibliográfica ressaltou a doença hipertensiva específica da gestação como um problema sério de saúde, particularmente, para as mulheres e seus filhos. Este estudo confirmou a importância do diagnóstico situacional de saúde elaborado pela equipe de saúde, identificando os problemas de saúde de sua área de abrangência para o planejamento das ações e dar soluções aos mesmos.

Destacou-se também o acolhimento da gestante na estratégia saúde da família por meio de uma escuta qualificada e de um exame clínico cuidadoso para que os fatores de riscos possam ser identificados e trabalhados durante o pré-natal.

Por outro lado demonstrou a necessidade de elaborar medidas de prevenção desta doença e suas complicações por meio de ações planejadas pela equipe de saúde, principalmente na atenção básica.

Com esta proposta espera-se diminuir a incidência casos de gestantes com DHEG e suas complicações, facilitando a transferência de informação para a população e a construção do conhecimento sobre a doença evitando suas complicações.

REFERENCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da saúde. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em:

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em:

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em:

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em:

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco**. Manual Técnico. 5ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF 2010

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim 1/2012 – Mortalidade Materna no Brasil [monografia na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 b. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_-mortalidade-materna-no-%20%20brasil>

BRITO, A. et al. Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, v. 4, set 2008. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/193>>. Acesso em:

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em:

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em:

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em:

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em:

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v.61, n. 3, Junho 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sciarttextHYPERLINK> "http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034"&HYPERLINK "http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034"pid=S0034-71672008000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2011.

Lait M. M. *et. all.*, **Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4):623-638, abr, 2011 <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>

MENDOZA-SASSI, R.A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4):787-796, abr, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/18.pdf>>. Acesso em:

MIRANDA, F.J.S.; FERNANDES, R.A.Q.. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores.Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):179-84. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a03.pdf>>. Acesso em:

PAZ, A. A. M. et al. Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL). Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em:

SILVA, M.B.; MONTEIRO, P.S. **Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO**, 2009. Com. Ciências Saúde. 2010; Disponível em:<http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol21_1_04adequacaoprenatal.pdf>. Acesso em:

VIDAL, S.A. et al . Estudo exploratório de custos e conseqüências do pré-natal no Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 3, Junho 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034"pid=S0034-89102011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL).** Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em