

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO

BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TATIANA ROCHA CARVALHO ALVES

**CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ADESÃO
AO PRÉ-NATAL E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO
MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DA PRATA.**

POLO POMPEU / MINAS GERAIS

2014

TATIANA ROCHA CARVALHO ALVES

**CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ADESÃO
AO PRÉ-NATAL E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO
MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DA PRATA.**

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.

Orientadora: Professora Flávia Casasanta
Marini.

POLO POMPÉU / MINAS GERAIS.

2014

TATIANA ROCHA CARVALHO ALVES

**CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ADESÃO
AO PRÉ-NATAL E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO
MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DA PRATA.**

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: Professora Flávia Casasanta
Marini.

Banca examinadora:

Professora Flávia Casasanta Marini - Orientadora

Professor Edison José Corrêa - Examinador

Aprovada em Belo Horizonte: 07/06/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida e por ter-me dado essa oportunidade.

À minha mãe Maria José e ao meu pai José Mauro (*in memoriam*) que com todas as dificuldades e obstáculos propiciaram a minha graduação em Enfermagem.

Ao meu marido Wantuil, que compreendeu e me apoiou desde o início da minha caminhada.

À minha filha Júlia que é o objetivo de todos os meus esforços.

À Estratégia Saúde da Família Cachoeira da Prata, pois foi a base para o desenvolvimento do meu trabalho.

À minha orientadora Flávia Casasanta, pela paciência e compreensão durante os momentos difíceis na realização deste trabalho.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e ao NESCON pela oportunidade da realização deste Curso de Especialização em Saúde da Família.

RESUMO

Considerando a importância da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas ações de promoção da saúde e a sua contribuição para a melhoria dos serviços de saúde oferecidos, foi elaborado um plano de ação para aumentar o vínculo das gestantes ao acompanhamento clínico de pré-natal desde o início da sua gestação. Com aumento desse vínculo entre as gestantes e os profissionais de saúde, têm-se um pré-natal de qualidade e diminuição dos riscos durante a gestação, partos e puerpério. A Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalhando diretamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros profissionais do município poderá oferecer um atendimento de qualidade às gestantes, puérperas, recém-nascidos e a sua família. Deve-se considerar a importância do acompanhamento de pré-natal na promoção da saúde materna e da saúde infantil, incluindo a possibilidade de diminuir a mortalidade infantil no município de Cachoeira da Prata / MG.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Cuidado Pré-Natal. Mortalidade infantil.

ABSTRACT

Considering the importance of the Family Health Strategy (FHS) staff in activities promoting health and its contribution to the improvement of health services, an action plan was developed to increase the bond clinical follow-up of pregnant women to prenatal from the beginning of their pregnancy. With increasing that bond between mothers and health professionals, have become a prenatal quality and reduce risks during pregnancy, childbirth and postpartum. The Family Health Strategy (FHS) working directly with the Support Center for Family Health (NASF) and other professionals in the municipality can provide quality care to pregnant women, postpartum women, infants and their families. Should consider the importance of following prenatal in promoting maternal and child health, including the possibility of reducing child mortality in the city of Cachoeira da Prata / MG.

Keywords: Family Health Program. Prenatal Care. Infant mortality.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4. METODOLOGIA.....	14
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	19
6.1 Definição de problemas	19
6.2 Priorização de problemas.....	20
6.3 Descrição do problema selecionado.....	20
6.4 Explicação do problema	23
6.5 Esquema explicativo do problema.....	24
6.6 Seleção dos nós críticos.....	25
6.7 Desenho das operações.....	25
6.8 Identificação dos recursos críticos.....	27
6.9 Análise de viabilidade do plano	28
6.10 Elaboração do plano operativo	29
6.11 Gestão do plano	30
7. CONCLUSÃO	32
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1. INTRODUÇÃO

Cachoeira dos Macacos foi o primeiro nome desta cidade, por estar às margens do Ribeirão dos Macacos. Por volta de 1886, com a fundação da Companhia Têxtil Cachoeira dos Macacos pelo Coronel Américo Teixeira Guimarães, o povoado surgiu e cresceu no entorno da pequena indústria. Em 30 de dezembro de 1962, o município emancipa-se do município de Inhaúma e em 17 de dezembro de 1975, com uma área territorial de 61 km² teve sua denominação alterada para Cachoeira da Prata. A cidade também se destaca no estado de Minas Gerais, por estar entre os menores municípios em área territorial. Está localizada a 96 km da capital Belo Horizonte.

O município possui de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, uma população de 3.654 habitantes, entretanto temos um cadastramento no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizado em 2013 de 4.029 habitantes. A Unidade Básica de Saúde (UBS) foi fundada por volta de 1977, e denominou-se Centro de Saúde Comendador João de Abreu, o nome é em homenagem ao “Farmacêutico” Sr. João de Abreu, que durante muitos anos trabalhou e se dedicou à saúde de toda a população cachoeirense. Na cidade, na década de 70 não havia nenhuma unidade de saúde, e o hospital mais próximo situava-se no município de Sete Lagoas, sendo o transporte muito dificultado devido à distância e condições da estrada.

Em relação aos serviços de saúde, o Centro de Saúde Comendador João de Abreu atende a toda população do município e oferece atendimentos médicos em parceria com municípios vizinhos. Contamos com a presença dos seguintes profissionais: cardiologista, psiquiatra, ginecologistas, ortopedista, médico especializado em ultrassonografia, médicos clínicos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, psicólogos, dentistas e enfermeiros. A Estratégia Saúde da Família (ESF) Cachoeira da Prata funciona dentro do Centro de Saúde, conta com uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde. A Equipe de Saúde Bucal também está inserida na Equipe da ESF, possui uma dentista e uma técnica em saúde bucal.

No município de Cachoeira da Prata, a Estratégia Saúde da Família iniciou-se no ano de 2000, enfrentando algumas dificuldades de implantação como em todas as outras regiões do país, mas em pouco tempo conseguiu, a partir da divisão das micro áreas, a adstrição da clientela da zona urbana e zona rural e, principalmente, a realização do trabalho de promoção da saúde e prevenção de doenças. Consequente ao processo de implantação, a ESF adquiriu a confiança da população e a valorização dos profissionais vinculados ao Programa.

Atualmente a ESF trabalha em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o mesmo oferta um trabalho de apoio matricial à equipe. O NASF, dentre outras funções, deve promover uma assistência de qualidade às gestantes, puérperas e neonatos com o objetivo da redução da mortalidade infantil, como preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010). Tem o objetivo de apoiar também a realização de atividades de educação e promoção da saúde.

A população do município em sua maioria preocupa-se muito com a promoção da saúde, principalmente após a implantação do Programa de Saúde da Família, há aproximadamente 14 anos. Percebe-se uma mudança do modelo de saúde, anteriormente focado apenas na doença, para os cuidados com a saúde antes do processo de adoecer.

Em relação ao período gravídico puerperal e saúde do neonato, tema do presente trabalho, pode-se destacar a importância que a Estratégia de Saúde da Família tem na adesão das mulheres ao pré-natal realizado no município. Entretanto percebe-se que algumas gestantes priorizam o atendimento “particular” de pré-natal e de puericultura ao neonato, por uma questão cultural e de status. Algumas gestantes desconhecem o serviço realizado no município e o julga inferior ao atendimento privado. Outras procuram atendimento de pré-natal pelo SUS em municípios vizinhos, por preferência e vínculo com médico (a) ginecologista. Algumas gestantes iniciam o pré-natal tardio no 2º e 3º trimestre da gestação, ou muitas vezes, nem o realizam por questões particulares ou tentativas de esconder a gravidez da família e da comunidade. Essas situações geram um distanciamento entre a equipe de saúde e usuárias, e consequente diminuição do vínculo entre os mesmos. Toda e qualquer situação que possa provocar algum distanciamento entre a ESF com as gestantes, puérperas, e neonatos, pode interferir diretamente na

assistência prestada e consequente diminuição da qualidade dos serviços de saúde ofertados a essa população.

Este trabalho pauta-se na elaboração de um plano de ação com os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família do município, para maior adesão das gestantes ao pré-natal visando, dentre outros, a redução do índice de mortalidade infantil no município.

2. JUSTIFICATIVA

O presente trabalho baseia-se na elaboração de um plano de ação para aumentar o vínculo das gestantes, desde o primeiro trimestre da gestação com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Cachoeira da Prata. A ESF e outros profissionais existentes no Município poderão promover um pré-natal de qualidade às gestantes desde o início da gestação, aumentando o vínculo das mesmas e dos futuros recém-nascidos ao serviço de saúde.

O pré-natal inclui a prevenção de agravos, a promoção da saúde materna e do neonato, e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto. Para Gonçalves *et al* (2008), a qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde se relaciona com a adesão das mulheres ao pré-natal, fator essencial para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal. Nesta adesão, as gestantes e a equipe iniciam um processo de aprendizado, as gestantes são capacitadas quanto aos benefícios da realização do pré-natal. Para se alcançar esse objetivo, são realizadas várias orientações, como o desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais, sinais e sintomas do parto, cuidados com o recém-nascido, amamentação, importância do acompanhamento e desenvolvimento da criança, planejamento familiar, dentre outras. Com a educação em saúde de forma contínua, torna-se mais fácil o manejo clínico da gestação e consequentemente o fortalecimento e a adesão das gestantes ao pré-natal, com a finalidade de diminuir os riscos e agravos relacionados ao período gravídico puerperal, incluindo a mortalidade infantil.

Entretanto, segundo Campos *et al* (2000), a mortalidade infantil é consequência de diversos fatores, dentre eles fatores sociais, culturais e biológicos. Pode-se citar como exemplo, a baixa escolaridade da mãe, a renda familiar, assistência ao pré-natal inadequada, assistência inadequada na sala de parto, malformações congênitas, prematuridade, baixo peso ao nascer, dentre outros. Acredito que os profissionais de saúde podem e devem intervir em alguns desses fatores no intuito da redução da mortalidade infantil. No trabalho em questão, o estudo será embasado na promoção do vínculo das gestantes com o serviço de saúde, visando uma assistência de qualidade durante o pré-natal, parto e puerpério

com a atuação e contribuição dos profissionais da Estratégia Saúde da Família Cachoeira da Prata.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Realização do Plano de ação, para manutenção e aumento do vínculo das gestantes ao serviço de saúde, com a contribuição da Estratégia de Saúde da Família do município de Cachoeira da Prata.

3.2 Objetivos específicos

Promoção da saúde materna, com a captação o mais precocemente possível das gestantes para o início do pré-natal em nosso serviço de saúde.

Promoção do vínculo entre as gestantes e o serviço de saúde com a atuação da estratégia de saúde da família.

Possibilitar um espaço de informação e orientação à comunidade acerca da importância do pré-natal.

Promoção da saúde infantil, incluindo a possibilidade de diminuição dos índices de mortalidade infantil.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de ação primeiramente foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa de artigos científicos, publicados entre os anos de 2000 e 2013, utilizando-se os seguintes descritores: Programa Saúde da Família, Cuidado pré-natal e Mortalidade Infantil. As bases de dados utilizadas foram SciELO, BVSMS, Portal Saúde, LILACS e Medline. Foram selecionados para análise os artigos originais nacionais, excluindo teses e capítulos de livros.

Logo em seguida, para a elaboração e construção do plano de ação foi revisto o módulo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: Planejamento e avaliação das ações em saúde (Campos *et al*, 2010). Este consiste em descrever os problemas selecionados, priorizar os problemas que serão alvos de trabalho, fazer a descrição detalhada dos mesmos, explicá-los, e esquematizá-lo através de uma ilustração. Realiza-se uma seleção dos nós críticos e elaboram-se as operações. Os recursos críticos deverão ser identificados para que o plano de ação possa ser viabilizado com a elaboração do plano operativo e a sua gestão.

Posteriormente foi realizado um levantamento através dos bancos de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), para estimar a quantidade de crianças nascidas por ano, e o número de óbitos infantis ocorridos desde o ano de 2007. Foi realizado também uma análise da quantidade de óbitos infantis ocorridos nas três últimas décadas, através do Cartório de Paz de Registro Civil e Notas do município de Cachoeira da Prata.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Rosa e Labate (2005), o Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou-se em 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na tentativa de redução dos índices de mortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF. O mesmo se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

De acordo com os mesmos autores, o PSF assumia a responsabilidade da reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. O novo modelo assistencial seria composto por uma enfermeira, um médico, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde e o seu trabalho seria estendido à comunidade, com o foco nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A criação do PSF pautou-se primeiramente nos altos índices de mortalidade materna e infantil na região nordeste do país. Isso nos leva a refletir a importância e valorização do trabalho das equipes de saúde da família, em ações de promoção da saúde das gestantes, puérperas e recém-nascidos e principalmente na identificação de riscos específicos a esse público alvo. A ampliação da Atenção Básica, por meio da cobertura das Equipes de Saúde da Família, e da melhoria dos cuidados da assistência às mães e aos bebês, no pré-natal, no parto e nos primeiros momentos após o parto foi decisiva, para a redução da mortalidade materna e infantil no país. (ROSA e LABATE, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), de 1990 a 2007, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil apresentou tendência de queda, passando de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, com uma redução média de 59,0%. Diversos fatores têm contribuído para a mudança no perfil

de mortalidade infantil, entre os quais se destacam: aumento do acesso ao saneamento básico, queda da taxa de fecundidade, melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres. Maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e terapia de reidratação oral, e o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a taxa de mortalidade infantil é separada por componentes, ou seja, são divisões de acordo com o tempo de sobrevivência da criança até a ocorrência do óbito. Por exemplo: para a classificação da mortalidade neonatal precoce, inclui todos os óbitos ocorridos até 6 dias de vida. A mortalidade neonatal tardia são todos os óbitos ocorridos entre sete à 28 dias de vida. A mortalidade pós-neonatal são classificados com os óbitos ocorridos entre 28 a um ano de vida. Já a mortalidade perinatal classifica os óbitos ocorridos após a 22ª semana de gestação (154 dias de vida) até o sexto dia de vida após o parto, o que abrange também o componente neonatal precoce.

A mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir do final da década de 80, e representa entre 60% e 70% da mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil atualmente. Houve pouca modificação do componente neonatal precoce nas últimas décadas, que responde por pelo menos 50% das mortes infantis. A maior parte dos óbitos neonatais ocorre neste período, do nascimento ao sétimo dia de vida exclusiva, sendo que um quarto dos óbitos ocorre no primeiro dia de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que é predominantemente hospitalar no Brasil, com poucas exceções em algumas localidades. O componente pós-neonatal (28 a 365 dias) apresentou o maior declínio (7,3%/ano), e o componente neonatal precoce, o menor (3,1%/ano). Apesar do decréscimo observado, grande parte da mortalidade infantil é potencialmente evitável e está associada à desnutrição e às doenças infecciosas. As mortes por essas causas devem ser consideradas eventos-sentinela, ou seja, preveníveis pela atuação adequada dos serviços de saúde, dado o conhecimento e os recursos disponíveis na atualidade. As principais causas de mortalidade neonatal

no Brasil estão relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde e à qualidade da assistência no pré-natal, no parto e ao recém-nascido. As afecções perinatais são responsáveis por cerca de 80% das mortes neonatais. (BRASIL, 2009).

Segundo Lourenço *et al* (2013), conhecer as causas relacionadas à mortalidade neonatal, a partir dos sistemas de informações, e identificá-las como evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em determinado local e época são iniciativas imprescindíveis para o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção, em todos os níveis da atenção à saúde.

De acordo com Barreto e Mathias (2013), a assistência ao pré-natal continua como prioridade e merece destaque crescente na saúde materno-infantil. A persistência de elevados índices de mortalidade materna e perinatal justificam a manutenção e o surgimento de novas ações e políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico puerperal. O acompanhamento ao pré-natal constitui-se num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez, bem como, orientar e esclarecer à mulher e sua família sobre a gestação, parto e cuidados com o recém-nascido. Busca ainda prevenir, detectar precocemente e tratar as intercorrências mais frequentes nesse período.

Também para Gonçalves *et al* (2008), a assistência pré-natal tem ainda o objetivo de orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando à redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo do crescimento intrauterino, visto que estas causas são evitáveis dependendo da qualidade assistencial prestada neste período. O mesmo autor fala que o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Relata que as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal.

No município de Cachoeira da Prata, de acordo com as declarações de óbito registradas em cartório, pode-se dizer que nas últimas três décadas houve uma redução na ocorrência de óbitos infantis e neonatais (0 a 364 dias de vida), ou seja, no primeiro ano de vida da criança, período em que a mesma está mais susceptível ao adoecimento e morte, devido à baixa imunidade. Os dados estatísticos pelo SIM (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE, 2013) são do ano de 2007 até a data atual. Antes deste período a outra fonte de informação eram as declarações de óbito registradas no cartório de registro Civil do Município.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a mortalidade infantil, apesar do seu declínio em todo o Brasil é um grande desafio e preocupação da saúde pública, pois os níveis observados hoje são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País. Isso acontece principalmente devido às grandes desigualdades sociais existentes em nosso país dentre outros fatores.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição de problemas

A construção de um plano de ação pauta-se primeiramente na definição de problemas selecionados em um determinado local ou região com possibilidades de atuação e gerenciamento sobre os mesmos.

De acordo com o Módulo de Planejamento e avaliação das ações em Saúde, (Campos *et al*, 2010), realiza-se o diagnóstico situacional da área de abrangência onde se pretende atuar, com a definição dos problemas encontrados nessa área. Posteriormente selecionam-se os problemas que poderão sofrer uma intervenção, um processo de mudança, ou seja, problemas que a equipe consiga gerenciar.

Os problemas identificados por ocasião do diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família Cachoeira da Prata foram: mortalidade infantil, baixa adesão ao pré-natal, diabetes, alcoolismo, desemprego, aumento do uso de drogas entre os jovens, acúmulo de lixo nos lotes vagos, aumento no número de cães abandonados na cidade. Os problemas serão classificados de acordo com a sua urgência, ou seja, a sua prioridade e considerando-se a dificuldade na resolutividade de todos ao mesmo tempo, será trabalhado através do plano de ação apenas um dos problemas.

6.2 Priorização de problemas

Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico da Equipe de Saúde da Família Cachoeira da Prata, no ano de 2012. (Quadro 1).

Quadro 1 Principais problemas de saúde, em Cachoeira da Prata, segundo fatores de valoração

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Mortalidade infantil	Alta	8	Parcial	1
Baixa adesão ao pré-natal	Alta	8	Parcial	2
Alcoolismo	Alta	7	Parcial	3
Uso de drogas	Alta	7	Parcial	4
Lotes Vagos	Alta	6	Parcial	5
Cachorros abandonados	Alta	5	Parcial	6

Os problemas foram selecionados de acordo com a sua ordem de prioridade e urgência, e a capacidade de enfrentamento do mesmo pela equipe da ESF. Entretanto, serão escolhidos somente os problemas: mortalidade infantil e baixa adesão ao pré-natal para serem alvos do nosso plano de ação.

6.3 Descrição dos problemas selecionados

Os problemas selecionados foram a mortalidade infantil e a baixa adesão ao pré-natal. A equipe deverá atuar sobre esses problemas escolhidos e elaborar planos de intervenções para os mesmos.

De acordo com Campos *et al* (2000), os fatores de risco para a mortalidade infantil, didaticamente, são divididos em três grupos: fatores biológicos, sociais e relacionados à assistência. Entre os fatores de risco biológicos estão: idade materna, paridade, estatura, peso antes da gravidez, ganho ponderal durante a gestação, doença materna (diabetes, hipertensão), intervalo entre os nascimentos e perdas perinatais prévias, peso ao nascer e duração da gestação. Quanto aos sociais, incluem: instrução da mãe, ocupação dos pais, renda familiar e hábitos, entre outros. Já os relacionados à assistência médica estão condicionados a elementos como disponibilidade de recursos, aceitabilidade e resolubilidade do serviço de saúde.

A seguir, uma tabela com o número de óbitos ocorridos no município nas três últimas décadas, período que abrange de 1983 à 2012.

Tabela 1 óbitos no município de Cachoeira da Prata, 1983 à 2012.

Ano	Quantidade de óbitos ocorridos em menores de um ano
1983 a 1992	18 óbitos
1993 a 2002	10 óbitos
2003 a 2012	8 óbitos

Fonte: Cartório de Registro e Paz de Notas do município de Cachoeira da Prata

Pelo serviço de saúde, temos apenas o banco de dados do SIM, sistema recente que nos mostra os óbitos infantis ocorridos do ano de 2007 até a data atual. A Tab.1 foi realizada com a busca ativa no Cartório de Registro Civil e Paz de Notas do município de Cachoeira da Prata. De acordo com o monitoramento percebe-se a redução no número de óbitos em menores de um ano de 1983 até 2012.

Pode-se dizer que nos últimos seis anos, desde a implantação do SIM no município, têm-se registrados seis óbitos pré-natais e infantis, sendo em 2007 um óbito neonatal precoce, em 2010 um óbito perinatal (36 semanas de gestação, natimorto), em 2011 um óbito pós-neonatal e em 2012 três óbitos, sendo um óbito

neonatal tardio e dois óbitos perinatais (32 semanas de gestação e 36 semanas de gestação, sendo natimortos). Desses três óbitos ocorridos um deles era devido à malformação congênita. Um dos fatores que me motivou a realizar este trabalho foi o aumento isolado no número de óbitos no ano de 2012. Considero relevante a quantidade de óbitos ocorridos no Município de Cachoeira da Prata em apenas um ano, levando-se em consideração o número de habitantes do local (3.654 habitantes) e o número de nascidos vivos por ano, em média 36 crianças. São óbitos que talvez pudessem ter sido evitados, com a melhora da assistência em saúde a essas mulheres durante a gestação e ao recém-nascido.

No município, apesar de não ser notório o índice de mortalidade infantil, considero que seja significativo, devido ao número de crianças que nasce por ano, em média 32 crianças/ano. Nos últimos seis anos, notificaram-se pelo Sistema de Informação de Mortalidade seis óbitos infantis, sendo que apenas no ano de 2012 houve três óbitos. Para o ano de 2012 o SINASC foi de 34 nascidos vivos. Infelizmente ainda não tem notificado no SIM, os óbitos infantis ocorridos no final do ano de 2013, mas sabe-se que houve dois óbitos, um neonatal precoce, e um neonatal tardio, sendo o SINASC de 2013 de 31 nascidos vivos.

Consideramos a adesão ao pré-natal no município relativamente baixa, pois em média por ano nascem de 31 a 36 crianças, entretanto muitas gestantes realizam o pré-natal em outro local, algumas por possuírem plano de saúde realizam o pré-natal em Sete Lagoas, município localizado a 28 km de Cachoeira da Prata. Outras gestantes possuem preferência pelo médico obstetra do município de Fortuna de Minas, localizado a 4 km da cidade. Existem outros fatores que também podem causar esse distanciamento das gestantes do seu município, como talvez um atendimento despreparado de um ou outro profissional de saúde, ocasionando na ausência dessa gestante à Unidade de Saúde. Não se pode deixar de citar a ausência de divulgação do serviço oferecido de pré-natal à população, pois muitas mulheres não conhecem o funcionamento da Unidade de Saúde, não sabem da oferta de todos os exames de pré-natal, do médico especialista em ultrassonografia que atende no município, dos grupos de educação em saúde direcionados às gestantes. Em média, um terço das gestantes por ano (10 gestantes), realiza o pré-natal em outro local, e todos esses problemas citados, dentre outros, desvinculam as

mesmas ao nosso serviço, e conseqüentemente causam a baixa adesão ao pré-natal.

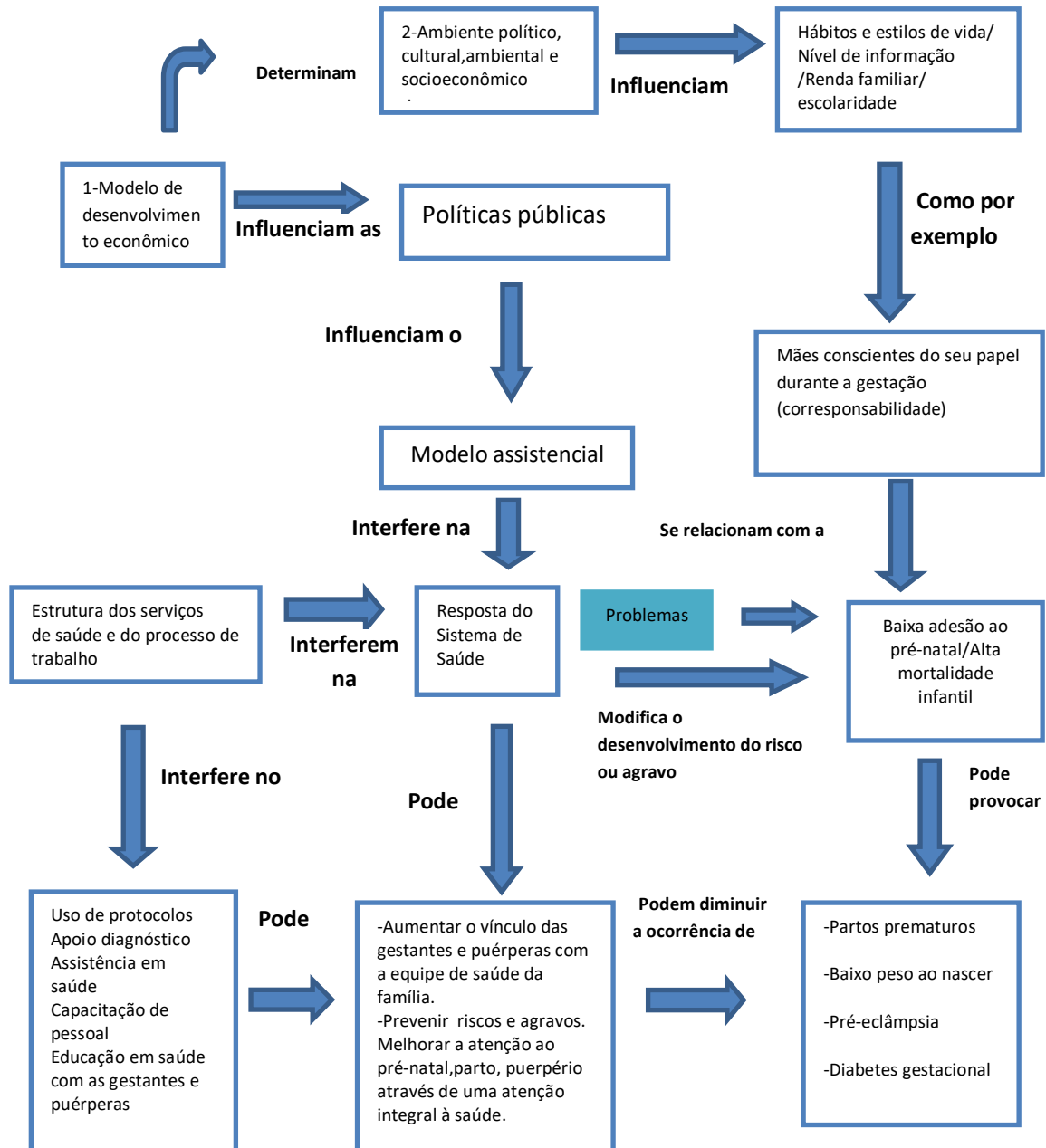
6.4 Explicação dos problemas

O modelo de desenvolvimento social e econômico do país está diretamente ligado ao aumento e/ou redução do índice de mortalidade infantil, uma vez que esse modelo determina as políticas públicas, que influenciam no modelo assistencial e na estrutura dos serviços de saúde e em seus processos de trabalho, como exemplo o aumento ou a baixa adesão ao pré-natal.

O trabalho, com enfoque no aumento do vínculo dos profissionais de saúde com as gestantes e puérperas visando maior adesão ao pré-natal e prevenção de riscos e agravos relacionados ao período gravídico puerperal, tem como uma das conseqüências a diminuição da mortalidade infantil. Este trabalho pode e deve ser realizado na medida em que as políticas de saúde pública ofereçam subsídios, e condições para a realização do mesmo. Não podemos esquecer que o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico de um país influencia positivamente e/ou negativamente, nos hábitos e estilo de vida das pessoas e no nível de informação das mesmas, essa correlação interfere diretamente nos cuidados com que essa população tem com a promoção de sua saúde e a prevenção de doenças.

6.5 Esquema explicativo dos problemas

Figura 1



6.6 Seleção dos nós críticos

De acordo com Campos et al (2010), o nó crítico é um tipo de causa de um problema que quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. A Equipe de Saúde da Família Cachoeira da Prata selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com os problemas principais sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que possa ser relevante. Vejamos quais foram os problemas considerados “nós críticos” pela equipe.

- Diminuição do vínculo das gestantes com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Evasão de gestantes para o município vizinho Fortuna de Minas, para a realização de consultas de pré-natal.
- Preferência de algumas gestantes em fazer as consultas de pré-natal com obstetra particular por desconhecimento da qualidade do pré-natal realizado na Unidade de Saúde do município.
- Ausência das gestantes que não fazem pré-natal no serviço de saúde do município para participarem das palestras nos grupos de gestantes.
- Capacitação das agentes comunitárias de saúde para melhora da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, principalmente no público alvo do trabalho, as gestantes, puérperas e neonatos.
- Ausência de grupos operativos às puérperas.

6.7 Desenho das operações

A seguir será descrita uma planilha de elaboração de estratégias e soluções no enfrentamento dos nós críticos dos problemas. Serão definidos os produtos de cada operação/projeto, e serão identificados os recursos necessários na concretização de todos os projetos.

Quadro 2 Desenho de operações para os “nós” críticos dos problemas de mortalidade infantil e baixa adesão ao pré-natal.

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Pouco Vínculo das gestantes com a equipe da ESF.	“Projeto Reestruturar”	Aumento do vínculo das gestantes com os profissionais da ESF	Adesão da gestante ao pré-natal/ redução no índice de riscos e agravos durante e após a gestação	Processo de Educação Permanente/ Capacitação de toda a Equipe da ESF para ofertar um serviço de qualidade às gestantes.
Evasão de gestantes para realização de pré-natal no município vizinho / Realização de pré-natal particular por desconhecimento da qualidade do pré-natal oferecido no Município.	“Projeto Reestruturar”	Gestantes realizando o pré-natal no próprio município	Conhecimento do perfil de cada gestante pelos profissionais de saúde / Valorização do pré-natal no próprio município	Divulgar o trabalho realizado no município e a importância da realização do pré-natal de qualidade . Visitas periódicas da Enfermeira ao domicílio da gestante
Pouca presença de gestantes nos grupos operativos.	Projeto “Gestando uma criança”	Grupos de gestantes com a participação ativa de todas as gestantes do município	Gestantes conscientes do seu papel como mãe/ Gestantes capacitadas no cuidado com os filhos	Equipe multidisciplinar e profissional qualificado para a realização dos grupos.
Ausência de grupos de puérperas.	“Projeto Cuidar”	Grupo de puérperas atuante no município	Puérperas conscientes e comprometidas no cuidado ao recém-nascido.	Equipe multidisciplinar e profissional qualificado para a realização dos grupos.

6.8 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos fazem parte praticamente de todos os projetos. São considerados recursos críticos, aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis naquele momento. A seguir serão listados os recursos críticos de cada projeto do plano de ação, para enfrentamento ao problema de baixa adesão ao pré-natal e mortalidade Infantil.

Quadro 3 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos dos problemas “Baixa adesão ao pré-natal e Mortalidade Infantil”.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
Projeto Reestruturar	Recursos humanos: Profissionais para a realização da capacitação da equipe da ESF. Recursos financeiros: Disponibilização de um veículo exclusivo ao ESF para viabilizar as visitas às gestantes. Recurso Organizacional: Mobilização da população e das gestantes do município.
Projeto “Gestando uma criança”	Recursos humanos: Equipe multidisciplinar atuando com a Equipe da Estratégia de Saúde da Família.
Projeto Cuidar	Recursos humanos: Equipe multidisciplinar atuando com a Equipe da Estratégia de Saúde da Família.

6.9 Análise de viabilidade do plano

A análise de viabilidade de um plano envolve os seguintes objetivos:

- Identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para a implantação de cada operação;
- Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Quadro 4 Propostas de ações para a motivação dos atores:

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos/ Ator que controla	Motivação	Ações Estratégicas
Projeto Reestruturar	Humanos: Profissionais para capacitação da ESF. Financeiros: Disponibilização de um veículo exclusivo ao ESF para viabilizar visitas às gestantes./Organizacional: Mobilização da população e das gestantes do município	Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal	Favorável	Apresentar o Projeto de Reestruturação à Secretaria de saúde e à Prefeitura Municipal
Projeto “Gestando uma criança”	Recursos humanos: Equipe multidisciplinar atuando com a Equipe da Estratégia de Saúde da Família.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Divulgação do Projeto à toda população através de palestras, ações na comunidade.
Projeto Cuidar	Recursos humanos: Equipe multidisciplinar atuando com a Equipe da Estratégia de Saúde da Família.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Divulgação do Projeto à toda população e implantação do grupo

6.10 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos, para o sistema de gestão do plano. A seguir, uma planilha com todas as ações do plano operativo (Quadro 5), contendo os resultados que se espera de cada projeto, seus produtos, o responsável, e o prazo para o início dos mesmos.

Quadro 5 Plano Operativo para projeto de intervenção para adesão ao pré-natal e redução da mortalidade infantil no município de Cachoeira da Prata.

Operações	Resultados	Produtos	Responsável	Prazo
Reestruturar	Aumento do vínculo das gestantes com os profissionais da ESF / Gestantes realizando o pré-natal no próprio município.	Adesão da gestante ao pré-natal/ redução no índice de riscos e agravos durante e após a gestação/ Conhecimento do perfil de cada gestante pelos profissionais de saúde / Valorização do pré-natal no próprio município.	Secretaria Municipal de Saúde	4 meses
Gestando uma criança	Grupos de gestantes com a participação ativa da maior parte das gestantes do município	Gestantes conscientes do seu papel como mãe/ Gestantes capacitadas no cuidado com os filhos	ESF e NASF	6 meses
Cuidar	Grupo de puérperas atuante no município	Puérperas conscientes e comprometidas no cuidado ao recém-nascido / Aleitamento materno exclusivo	ESF e NASF	6 meses

6.11 Gestão do plano

A gestão do Plano permite discutir e definir o processo de acompanhamento dos projetos e seus instrumentos. Depois de implantado deverá sempre ser reavaliado para permitir possíveis mudanças no sentido de aprimorá-lo. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que seja capaz de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções a serem realizadas. O sucesso de um plano depende de como será realizada a sua gestão. (CAMPOS *et al.*, 2010).

A princípio o Projeto Reestruturar será a base para o início dos outros projetos, pois irá promover o processo de educação permanente para a Equipe de Saúde da Família. Esse projeto trabalha com a estrutura do processo de Organização em Saúde, deve ser realizado na Unidade de Saúde e inicialmente os responsáveis na sua organização serão a Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura Municipal, pois são os atores que controlam os recursos críticos. Esse projeto deverá ser realizado por tempo indeterminado, pois o processo de educação permanente deve ser realizado de forma contínua. Em relação ao conhecimento do perfil de todas as gestantes do município e a realização das visitas domiciliares pela Enfermeira da ESF, deverá ser realizado sempre quando houver uma nova gestante no município, e de forma contínua. A mobilização da população e das gestantes deverá ocorrer em todas as reuniões de bairro na comunidade, como nos grupos de Hiperdia, em palestras no CRAS, nas Escolas, em eventos de saúde esporádicos, como forma de divulgar o trabalho realizado pelo serviço de saúde às gestantes.

O Projeto Gestando uma criança está embasado na oferta de educação em saúde às gestantes, sempre abordando temas inerentes à gestação, aos cuidados com o recém-nascido, dentre outros. Pode ser realizado na Unidade de Saúde ou em outros locais, como sala de espera e nas comunidades. Os responsáveis pela gestão são a equipe de saúde da família e os profissionais do NASF. A sua periodicidade é mensal, com tempo de duração de 1 hora. Em relação à existência do mesmo, considero que deva ser contínua, uma vez que a sua ausência pode acarretar no aumento do problema baixa adesão ao pré-natal.

O Projeto Cuidar é semelhante ao projeto Gestando uma criança, pois tem como base a oferta de educação em saúde, apenas com a modificação do público alvo, que agora serão as puérperas, e também com a mudança dos temas abordados com maior enfoque na promoção da saúde infantil. O local apropriado para a sua realização seria em uma sala de reuniões da Unidade Básica de Saúde, e os responsáveis na sua realização seriam a equipe de saúde da Família e o NASF. O projeto deve ser realizado de dois em dois meses, para garantir uma melhor cobertura do número de puérperas do município, e o seu tempo de duração seria de 40 minutos. A existência do projeto deve ser contínua no intuito da promoção da saúde infantil.

6. CONCLUSÃO

A realização do plano de ação está embasada nas ações de promoção e prevenção da saúde das mulheres, no período gravídico puerperal e consequentemente na promoção da saúde infantil. O plano de ação proposto, para aumentar a adesão das gestantes ao serviço de saúde, caracteriza-se em ações básicas de educação em saúde para a equipe da Estratégia de Saúde da Família e o público alvo do trabalho, as gestantes, puérperas e neonatos. São ações de baixa complexidade e baixo custo, que promovem a melhoria das condições de saúde materna e infantil visando, dentre outros, a redução da mortalidade neonatal. Sabe-se que somente esse trabalho não será suficiente para diminuir esse índice, pois se tem diversos fatores como os biológicos, sociais e culturais, que interferem diretamente na redução ou aumento da mortalidade, mas é um primeiro passo diante de tantos a serem percorridos no alcance de nossa meta.

7. REFERÊNCIAS

BARRETO, M.S; MATHIAS, T.A.F. **Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Vol.14. N 3. 2013.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Copmeed, 2010. 2ª ed, 114p.

CAMPOS, TP; CARVALHO, MS; BARCELLOS, CC. **Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde.** Rev. Panam Salude Pública 2000; 8: 164-71.

GONÇALVES, R; URASAKI, M.B.M; MERIGHI, M.A.B; D'AVILA C.G. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo.** Rev. Bras. Enfermagem. 2008; 61(3): 349-53.

LOURENÇO, E.C; BRUNKE, G.S; LUPPI, C.G. **Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007.** Epidemiol. serv. saúde; 22(4):697-706, dez. 2013. Tab.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Ministério da saúde: Brasília; 2009. 80p.

Ministério da Saúde (Brasil). **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília, 2010. 86 p.: il. (Série C. Projetos Programas e Relatórios).

Rosa W.A.G; Labate R.C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino-americana de Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

SIAB (**Sistema de Informação da Atenção Básica**) do município de Cachoeira da Prata. Minas Gerais, 2013.

SIM (**Sistema de Informação de Mortalidade**) do município de Cachoeira da Prata. Minas Gerais, 2013.