

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

LUCIETE PIMENTEL OLIVEIRA

**FORTALECIMENTO DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
CAMINHO PARA A MATERNIDADE SEGURA**

**BELÉM-PARÁ
2015**

LUCIETE PIMENTEL OLIVEIRA

**FORTALECIMENTO DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
CAMINHO PARA A MATERNIDADE SEGURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica-Rede Cegonha, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará em parceria com Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira.

BELÉM
2015

LUCIETE PIMENTEL OLIVEIRA

**FORTALECIMENTO DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
CAMINHO PARA A MATERNIDADE SEGURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica-Rede Cegonha, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará em parceria com Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

APROVADO EM: 11 de junho de 2015.

Prof. Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira – Orientadora
Universidade Federal do Pará

Prof. MSc. Elisângela da Silva Ferreira - EXAMINADOR I
Universidade Federal do Pará

Prof. Dra. Marta Amaral- EXAMINADOR II
Universidade Federal de Minas Gerais

Dedico este projeto a todos os enfermeiros obstetras que lutam para proteger a vida e promover o nascimento seguro, livre de sofrimento, tristeza e violência, com seu suor, lágrimas, horas de estudo e dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por colocar em meu destino esta especialização magnífica que me proporcionou um nova maneira de olhar o milagre do nascimento.

A meus pais, exemplo de vida, incansáveis em me mostrar que a educação é a única ferramenta para conquistas genuínas.

A meu esposo Adalberto, companheiro de todas as horas, fortaleza dos meus estudos, promotor de minhas potencialidades.

Aos meus professores, maestros em facilitar minha construção de conhecimentos e verdadeiros exemplos de profissionais da enfermagem e obstetrícia.

A todas as mulheres que assisti, no pré-natal, no parto, e no puerpério, por permitiram ser instrumento útil no seu momento mais sublime, concretizando meus conhecimentos.

“Mantenha seus pensamentos positivos, porque seus pensamentos tornam-se suas palavras. Mantenha suas palavras positivas, porque suas palavras tornam-se suas atitudes. Mantenha suas atitudes positivas, porque suas atitudes tornam-se seus hábitos. Mantenha seus hábitos positivos, porque seus hábitos tornam-se seus valores. Mantenha seus valores positivos, porque seus valores... Tornam-se seu destino.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, incluía também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal e que tem como foco não só a qualificação da atenção, mas também a formação de profissionais e a adequação de instalações físicas e de recursos tecnológicos disponíveis. Em 2011, lançou a Rede Cegonha (RC), com finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país. O estudo teve como objetivo geral: construir uma dinâmica educativa, reflexiva, sobre o Pré-Natal, tendo como base as diretrizes propostas pelo MS/Rede Cegonha, e como objetivos específicos: estimular a reflexão sobre o papel do enfermeiro no Pré-Natal e selecionar e elaborar, junto à equipe de enfermeiros do município, modelo de plano de ação a ser adotada nas USF /USB, visando alcance das diretrizes do Fluxograma do Pré-natal-Rede Cegonha. Trata-se de um estudo de intervenção com suporte teórico nos manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos publicados a partir de 2010 até os dias atuais. As atividades foram realizadas no período de julho a outubro de 2015 por meio das seguintes técnicas: oficinas temáticas organizadas em quatro (04) módulos com 12 enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem das equipes de saúde da família do município de Breves-PA. Como resultado, no desenvolvimento do Módulo I voltado a reflexão e sensibilização sobre o pré-natal, verificou-se como primeira impressão a sensação de desmotivação/desânimo dos profissionais. No Módulo II que tratou das responsabilidades da Atenção Básica e da enfermagem, identificou-se o conhecimento fragmentado sobre o real papel da Atenção Básica no cuidado pré-natal. No Módulo III, direcionado a reflexão das práticas realizadas nas unidades e a preconizada pela Rede Cegonha por meio da discussão do roteiro de atendimento de enfermagem no pré-natal, constatou-se a carência de recursos materiais e de pessoal para execução das ações diárias. No Módulo IV, adotou-se como roteiro direcionador para a construção do Plano de Ação a ferramenta denominada Fluxograma de Atendimento a Gestante-Rede Cegonha, onde foram identificados os “Nós” que dificultam o funcionamento da rede. A avaliação realizada pelos participantes foi positiva, indica o crescente impacto de projetos, já comuns em outras regiões do país, para educação junto a profissionais de saúde. Conclui-se que houve o reconhecimento da enfermagem como protagonista na condução do Pré-natal na Atenção Básica, na construção da rede, ao mediar relações, propor estratégias, e ao tomar decisões.

Palavras-chave: Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-Natal. Educação Continuada.

ABSTRACT

In 2000, the Ministério da Saúde of Brazil (MS) established the Humanization Program in Pre-Natal and Born (PHPN), yonder the aim for humanized attendance, in the model of whole attention, added also the necessity of improve the conditions of attendance for the pregnancy at Public Service of Health, how way to reduce the maternal and perinatal mortality and it has as focus not just the qualification of the attention, but the formation of professionals and the adjustment of physics structure and technological resources available too. In 2001, the Rede Cegonha began (RC) with purpose for structure and organizes the attention of the maternal and infant health in the country. The application had a general objective: to build an educative dynamic, reflexive about the Pre-Natal, It has the basis on the directresses offered by MS/Rede Cegonha. So as specific objectives: to incite the thoughts about the nurse's role in the Pre-Natal , select and work out with the nurse staff of municipality a model action plan to be allocated at USF/USB to reach the directresses of Pre-natal Rede Cegonha Fluxogram. It's an interventional application with theoretician support in handbooks of Ministério da Saúde and scientific articles published after 2010 until presently. The activities were realized in July to October in 2015 following the technics: thematic workshops organized in (04) stages formed by 12 nurses and 24 nursing assistant from USF staff in Breves-Pa. As the consequence in the development of the stage I, It was pointed to thoughts and sensitizes about the Pre-natal, they check as first impression the boring sensation in the health professionals. About Stage II it pointed for the responsibility in Basic Attention and nursing, in this moment they identified the knowledge fragmented about the real role of Basic Attention at the Pre-natal cares. In the stage III, it was pointed for thoughts of practices realized inside unities and the known by Rede Cegonha through discussion about the nursing sequence of attendance for Pre-natal, and then they check many times, the material and people resources privation to make the diary jobs. In the stage IV, the tool named Attendance Fluxogram of Pregnant-Rede Cegonha was used as sequence pointed for build an Action Plan, there they identified the "ties" what become painful the net operation. The positive valuation was done by the partners, this valuation denotes the increasing impacts in the projects, too usual in another places of the country for the education among health workers. Hence it follows that there was the nursing acknowledgement as the protagonist in the conduction of Pre-natal for Basic Attention, to build the net, to mediate relationships, to suggest strategies and to make decisions.

Key words: Nursing, Elementary Attention to Health. Pre-Natal Cares. Continued Education

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS DO PROJETO.....	14
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivo Especifico.....	14
4. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	15
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
5.1 Breve histórico sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)	17
5.2 Diretrizes do Ministério da Saúde/Rede Cegonha	19
5.3 Processo educativo no trabalho.....	21
6. METODOLOGIA.....	24
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	29
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICE.....	39

1. INTRODUÇÃO

A assistência à saúde materno infantil tem merecido destaque crescente na história das políticas de saúde no Brasil, movimento iniciado nos anos de 1937-1945, em que mulher e criança não ocupavam as posições que atualmente lhes permitem e garantem estar. Essas políticas foram implantadas em resposta a persistência de índices elevados dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013).

Dentre as intervenções que se destacaram nos últimos anos, há a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que estabeleceu, além do número de consultas mínimas no pré-natal e a precocidade do ingresso no Pré-Natal, exames laboratoriais e ações de educação em saúde e suas bases conceituais em conformidade com os modelos empregados no mundo todo (ANVERSA et al., 2012).

Valente et al (2013) informa que estudos são unânimes em demonstrar que a saúde perinatal avaliada na perspectiva da atenção pré-natal, pelo número de consultas realizadas e a idade gestacional de início do atendimento, protege contra a prematuridade, o baixo peso ao nascer e óbito perinatal. Nesse sentido, Silva et al (2013) acrescenta que, internacionalmente, há unanimidade entre os pesquisadores quanto a importância de não restringir o cuidado pré-natal a aspectos quantitativos.

A atenção pré-natal e puerperal humanizada, prevista no PHPN, implica a realização de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; o acesso facilitado aos serviços de saúde que tenham ações que integrem todos os níveis da atenção; e a promoção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial até o atendimento hospitalar de alto risco (CASSIANO, 2014). O PHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

Albuquerque (2011) corrobora que, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 2006, vislumbrou-se uma possibilidade para essa renovação do cuidado, em virtude deste programa requerer um novo modelo para atender às necessidades do sujeito, no qual ele deve ser visto de forma integral, indo de encontro ao preconizado pelo PHPN. Com isso, o PSF passou a ser o materializador da Atenção Primária em Saúde (APS), e considerado a mola que impulsiona os sistemas de saúde, pois permite propiciar “melhores indicadores de

saúde, [...], maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

Mesmo diante das mais diferentes tecnologias destinadas ao processo de parir e com o apoio das políticas de saúde instituídas para a humanização do parto e nascimento, ainda assim é presente o desrespeito à cidadania da mulher, de seus familiares e do recém-nascido.

No país, dada à necessidade de melhoria do cuidado, vivencia-se o momento de estruturação da atenção a saúde, através da construção das Redes de Atenção, as quais visam o acesso com continuidade assistencial, à integralidade da atenção e a utilização dos recursos existentes, ou seja, a consolidação de sistemas de saúde integrados.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) destaca-se como ordenadora do funcionamento da Rede, responsabilizando-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo a principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema (LAVRAS, 2011).

Nessa direção, a reestruturação do modelo assistencial no país e o fortalecimento da Atenção Básica, via ESF, priorizam, entre outras, ações promocionais específicas ao período gravídico-puerperal. Assim, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Rede Cegonha (RC), estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Sua finalidade consiste em estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país (CABRAL et al, 2013).

No cuidado integral a saúde materna, a APS desenvolvida nas UBS/USF/Ambulatórios deve ser eficiente de tal forma a prevenir, detectar intercorrências clínicas, orientar, acompanhar a gestante durante todo o processo da gestação e no pós-parto; além de identificar gestantes de alto risco (na qual a mãe e

o feto apresentam riscos de morte) e encaminhá-las a serviços de maior complexidade (SILVA et al, 2013).

Porém, para que seja ofertado um pré-natal de qualidade na APS, é importante que o serviço e os profissionais de saúde estejam preparados, devendo estar atentos a fatores de natureza física, bem como a fatores de ordem emocional, econômica e familiar, visto que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta pré-natal e, conseqüentemente, na qualidade do acompanhamento (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012).

Quanto ao trabalho da enfermagem no acompanhamento pré-natal, de acordo com o Decreto nº 94.406/1987 sobre a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco na gravidez pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, além de que uma das diretrizes para atenção pré-natal estabelecida pelo PHPN e Rede Cegonha é a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (VIELLAS et al, 2014).

Apesar das iniciativas governamentais, o cenário brasileiro do cuidado de enfermagem em obstetrícia apresenta problemas e contradições. Num âmbito geral, a noção de competência profissional no ambiente de trabalho da enfermagem, mostra a realização de tarefas especializadas e rotineiras, sem uma visão de conjunto do processo e sem possibilidade do exercício de intervenções autônomas. (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Pode-se constatar que a atenção pré-natal qualificada exige conhecimentos e habilidades específicos, tanto da fisiopatologia obstétrica quanto dos aspectos socioculturais dessa fase da vida da mulher, requerendo que os enfermeiros valorizem seu trabalho, buscando habilidades e conhecimentos que tornem sua prática eficiente e capaz de promover a maternidade segura. Salienta-se que o exercício de competências essenciais exige o exercício reflexivo e demanda, sobretudo, comprometimento com a transformação da realidade da saúde. (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012).

2. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Considerado componente prioritário na Rede Cegonha, o período pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados, o qual requer dos profissionais envolvidos, o estabelecimento de uma efetiva comunicação junto às gestantes e seus familiares, para contribuir efetivamente nas ações de educação em saúde, favorecendo o autocuidado e o exercício da autonomia (COSTA, 2013).

A materialização de toda assistência obstétrica iniciada no Pré-Natal, se resolutiva, eficiente e eficaz, se dá por um processo de parto natural e tranquilo, objetivo diário do enfermeiro em Centro Obstétrico. O êxito desse processo leva à parturiente e sua família o sentido pleno de realização e ao profissional o alto grau de satisfação.

Mas, apesar de se observarem avanços que se refletem nos resultados obtidos na saúde da mulher e da criança, esse processo acontece de forma lenta e algumas localidades e serviços de saúde, ainda é inexistente. Esse reflexo é possível observar em alguns setores obstétricos de serviço hospitalar durante o acolhimento de gestantes.

Durante minha trajetória profissional no setor obstétrico, desde 2010, de um hospital público, polo de região de saúde no Marajó, observo que a condução adequada do trabalho de parto (TP), continuidade da assistência obstétrica, está prejudicada, pela recorrência de situações nocivas detectadas, diariamente, no acolhimento à gestante. Entre essas situações, podemos citar: Ausência de Pré-Natal ou Pré-Natal realizado tardiamente/parcialmente; Ausência ou carência de registros no Cartão de Pré-Natal; “Encerramento” do Pré-Natal no 8º/9º mês gestacional; Ausência de detecção de fatores de risco e devido direcionamento aos serviços de referência, em momento hábil; Manejo inadequado de DST na gravidez, principalmente sífilis; Carência de informações sobre processo de TP à gestante e seu acompanhante, entre outros.

Segundo Costa (2013), essa realidade está diretamente relacionada à falta de recursos humanos (profissionais aptos e treinados para o bom atendimento da mulher) e a falta de infraestrutura adequada (planta física adequada, equipamentos disponíveis para o exame da gestante, medicamentos básicos e outros) que comprometem a qualidade da assistência durante o pré-natal e expõe a gestação, o parto e puerpério a riscos e consequências adversas.

Todas essas situações expostas acima são riscos ao processo de parturição e ao nascimento de um bebê saudável, e a manutenção da saúde feminina, e que estão condicionadas intimamente com a qualidade do Pré-Natal.

Essas percepções alarmantes são confirmadas ao serem avaliados os dados do município retratado nas informações do DATASUS (2014): a cobertura do pré-natal, de parturientes no ano de 2013, ficou em 76,6%, com apenas 45% das gestantes iniciando o pré-natal no primeiro trimestre. Em contraponto a realidade nacional, 28% realizou apenas de 01 a 03 consultas. Ocorreram 71 internações devido a transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério. 127 RN (4,9%) alcançaram o Índice de Apgar de 0 a 5 no primeiro minuto de vida, com 18 óbitos de RN por causas evitáveis (dados provisórios de 2013), atribuídos a má atenção a mulher na gestação, má atenção a mulher no parto e inadequada atenção ao recém-nascido.

Na região acima citada, houve a notificação de 09 casos de sífilis em gestante, 03 notificações por sífilis congênita, entretanto, ocorreram 12 internações por sífilis congênita. Além disso, caso de tétano neonatal no município, representou 50% da notificação ocorrida no estado do Pará.

Diante desse cenário, é impossível não refletir e remeter a um questionamento: Que estratégias de saúde voltadas à equipe de enfermagem podem contribuir para melhoria da condução do Pré-Natal na Atenção Básica? Entendemos que a educação em saúde é um caminho seguro nos serviços de saúde, pois um processo educativo possibilita o envolvimento da comunidade, insere a pessoa nas ações que contribuem pra sua melhora de vida. Nesse sentido, trabalhar essas questões sobre o pré-natal nos municípios do Marajó, em especial em Breves, certamente poderão contribuir para a melhoria do sistema de saúde deste município.

3. OBJETIVOS DO PROJETO

3.1- Objetivo geral

Construir uma dinâmica educativa, reflexiva, sobre o Pré-Natal, tendo como base as diretrizes propostas pelo MS/Rede Cegonha.

3.2- Objetivos específicos

- Estimular a reflexão sobre o papel do enfermeiro no Pré-Natal realizado nas USF/USB;
- Selecionar e elaborar, junto à equipe de enfermeiros do município, modelo de plano de ação a ser adotada nas USF /USB, visando alcance das diretrizes do Fluxograma do Pré-natal-Rede Cegonha.

4. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O município de Breves encontra-se localizado ao norte do Estado do Pará, na mesorregião de Marajó, porção sudoeste da Ilha de Marajó, na microrregião dos furos de Breves, conhecida como “Estreito de Breves”. A densidade demográfica (hab./km²) de 9,72. Essa pulverização da população, somada ao fato de seu território ser constituído de imenso número de ilhas, separadas por igarapés, furos, canais e estreitos, onde muitas vezes a navegação é difícil, torna o acesso da população da zona rural até a sede do município ou deste município a outros, um grande desafio e devido a sua localização, o meio de transporte até a sede do município é fluvial (navios, barcos, catamarãs, rabetas, etc.) e aéreo, através de voos fretados, pois não há linha regular de voo até o município (JUNIOR, 2014).

A economia do município está baseada no extrativismo, com destaque para o açaí, palmito, madeira e pescado (peixes e camarão). Com 15.158 beneficiários de programas de transferência do governo federal (15,6% da população), e conforme o IBGE (2010), possuir um Índice de Desenvolvimento Humano igual a 0,503 (muito baixo), está, entre os 144 municípios, em 131^a posição no estado do Pará.

Segundo do IBGE (2012), a população estimada é de 94.779 habitantes, em que a população feminina é de 46.004 hab. Desse total, 28.353 mulheres (61,6%) estão em idade fértil, com total estimado de gestantes para o ano de 2015 de 3.111, calculadas de acordo com a portaria nº 650 de 05/10/2011, dado relevante que leva a necessidade de serviços organizados para a demanda de necessidades dessa população. Como retrato disso, é o total de 3.220 internações por Gravidez, parto e Puerpério, destas, 1.807 foram por partos, conforme os dados do DATASUS (2014), e representam a principal causa de internação no município.

Breves é considerado município pólo da região de Saúde chamada Marajó Ocidental, para assistir a saúde de seus cidadãos e aqueles que vêm de Anajás, Bagre, Currealinho, Gurupá, Melgaço e Portel, municípios com os quais possui contratualização para prestação de serviços.

Apesar dessa demanda, o microssistema municipal, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (2014) conta com 01 Hospital Geral de médio porte, 20 Unidades de Saúde (coordenados por técnicos de enfermagem) e 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) I. O número das Equipes de Saúde da Família em funcionamento é de nove (09), mas implantadas somente sete (07), ficando a proporção de cobertura em torno de 25,48% da

população. Além desses dados, não existe um plano de trabalho com educação continuada voltada à capacitação dos profissionais, o que representa um obstáculo para o desenvolvimento dos recursos humanos que objetiva manter a equipe em um constante processo educativo.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para fundamentar esse estudo, construímos uma revisão de literatura de natureza narrativa composta pelos tópicos: **Breve histórico sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); Diretrizes do Ministério da Saúde/Rede Cegonha; Processo educativo no trabalho.** O conteúdo teórico foi retirado de manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos. Foram consideradas literaturas publicadas a partir de 2010 até os dias atuais.

5.1- Breve histórico sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

Os primeiros passos para a organização da atenção materno-infantil, no Brasil, foram o Programa de Assistência Materno-Infantil, em 1974 e o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em 1975, que previam atividades de planejamento familiar como garantia do nascimento de crianças saudáveis e da integralidade do núcleo familiar (FREITAS et al, 2013).

Neste período, o movimento feminista mundial iniciou uma crítica às desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres, que afetavam particularmente a população feminina. Reivindicou, portanto, a condição feminina de sujeitos de direito, com necessidades que iam além do momento da gestação e parto.

Com isso, em meados dos anos 80, o movimento feminista brasileiro e o movimento sanitário, inseridos na luta pelos direitos humanos, criticaram o modelo de saúde vigente e deram grande contribuição para a formulação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e para a reforma sanitária brasileira com princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade (NASCIMENTO, 2011).

O PAISM, portanto, foi estratégia criada em 1983 e implantada em 1984 pelo Ministério da Saúde para melhoria da atenção à saúde reprodutiva da mulher. As diretrizes do programa previam a capacitação dos serviços de saúde para atender necessidades específicas das mulheres, enfoque multiprofissional do cuidado e integralidade da atenção (contextos social, familiar, emocional e de saúde reprodutiva e preventiva). Outra meta importante do projeto era a humanização da assistência durante todas as fases da vida das mulheres (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Nesse percurso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu uma proposta para expandir a humanização para além dos ambientes hospitalares, estabelecendo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS, também chamada de Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou HumanizaSUS. (NORA; JUNGES, 2013)

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes. O PHPN, além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, incluía também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal (SILVA et al, 2013).

O programa estabelecia critérios quantitativos mínimos para o cuidado obstétrico, visando indiretamente à obtenção de melhoria na qualidade da atenção. Em um primeiro momento, estipulou-se o repasse de incentivo financeiro para os municípios a cada gestante que cumprisse todas as recomendações, que incluíam início precoce do pré-natal até 120 dias de amenorreia, mínimo de seis consultas, solicitação de exames de rotina em duas ocasiões, teste do HIV, imunização contra o tétano e consulta puerperal até quarenta e dois dias pós-parto (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

A PNH segue três princípios: a transversalidade, entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação entre as políticas, programas e projetos e entre sujeitos e coletivos; a indissociabilidade entre atenção e gestão a saúde, pois estas devem ser entendidas como elementos imanentes, presentes nas práticas de saúde; protagonismo dos sujeitos e dos coletivos apostando na transformação (FREITAS et al, 2013).

Nascimento (2011) corrobora que, no campo obstétrico, a humanização envolve também um conjunto de conhecimento, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis. Tem como foco não só a qualificação da atenção, envolvendo o respeito e a promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, mas também a formação de profissionais e a adequação de instalações físicas e de recursos tecnológicos disponíveis.

A humanização da atenção obstétrica, que dá nome ao programa, ainda está longe de ser alcançada, na maioria dos municípios brasileiros. Andreucci e Cecatti (2011) ratificam que pela própria definição da humanização, pressupõe-se que a rede de cuidado integrada, com acolhimento e vínculo do usuário com o sistema de saúde e educação em saúde disponibilizada universalmente entre usuários e equipe multiprofissional, permitirá que o atendimento à gestante se torne mais eficaz, incluindo melhores estratégias de documentação da informação.

5.2- Diretrizes do Ministério da Saúde/Rede Cegonha

Como estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite, instituíram o posicionamento sobre as Redes de Atenção à Saúde. Posicionamento esse que está materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, pelas diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (CASSIANO et al, 2014).

As redes de atenção à saúde têm como objetivo garantir a integralidade da atenção à saúde, a partir do gerenciamento de pontos de atenção e diagnóstico, com diferentes níveis de complexidade distribuídos em um território, na qual a integração dos cuidados consiste na coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde e assegura a continuidade dos diferentes serviços requeridos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com a perspectiva de promover melhoria na assistência à saúde materno infantil, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, programa que foi normatizado pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, definida no artigo 1º como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A RC está inserida na discussão de Rede de Atenção em Saúde (RAS). O objetivo da RAS é promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil. Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a

RC parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e um uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) (CAVALCANTI et al, 2013).

O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da RC resultam de esforços importantes e de iniciativas de âmbito nacional no campo materno-infantil no SUS – como as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil (e o Programa de Qualificação das Maternidades) – e de consistentes experiências municipais e estaduais (NASCIMENTO, 2011).

Tem como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; o enfoque de gênero; a promoção da equidade; a participação e mobilização social; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. Prevê ações para a ampliação e melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto e transporte, da realização de boas práticas de atenção ao parto e nascimento seguro e da atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade. Essas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

Cada um desses componentes compreende uma série de ações de atenção à saúde, entre elas: oferecer o teste de HIV, sífilis e teste rápido de gravidez; orientar e ofertar métodos contraceptivos; fornecer o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, exames clínicos e laboratoriais; garantir o direito de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público e valetransporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; qualificar os profissionais de saúde; criar centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco; permitir o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado; oferecer o Samu Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais; e promover ações de incentivo ao aleitamento materno (CASSIANO et al, 2014).

Cavalcanti et al (2013) explicita que, no processo de mobilização para a RC constam tarefas importantes e desafiadoras para os gestores: fomentar a gestão participativa e democrática; promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para formulação, implementação e monitoramento da RC, para avaliação dos resultados alcançados com a implantação da estratégia.

Diante disso, a Rede Cegonha, a despeito das críticas provenientes das feministas e dos movimentos de saúde, aparece como política de saúde universal, ou seja, de âmbito nacional, ainda que desponte, inicialmente, como mais preocupada com as regiões norte e nordeste do país. Dessa forma, como toda política pública, se vê indagada quanto à validade de sua extensão, num país, a um só tempo, carente de políticas de saúde, mas, também, notadamente plural, em termos de costumes, estilos de vida e, sobretudo, composto de mulheres urbanas, rurais, indígenas, negras, pobres, ricas, com distintas orientações religiosas, saberes tradicionais, crenças e modos de existência (CARNEIRO, 2013).

5.3- Processo educativo no trabalho

A humanização se configura como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, estética porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo. Político refere-se à organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão. O ensino torna-se um aliado nas mudanças que devem ocorrer, em que um dos movimentos é com os profissionais de saúde, onde a formação acontece via educação permanente, tendo como ponto de partida o cotidiano do trabalho (BARBOSA et al, 2013).

Nesse sentido, especialmente no que se refere à formação profissional, a construção de competências implica articular diferentes saberes para a construção de uma prática profissional pautada não somente na aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também em atitudes pessoais e relacionais que visam à construção de um projeto comum para a transformação da realidade em saúde (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

Para implantar a Política de Humanização, um dos desafios é enfrentar as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores: desvalorização, precarização e baixo investimento em educação permanente, um modelo de gestão

centralizado e vertical que impossibilita os trabalhadores de se apropriar de seu próprio processo de trabalho (BARBOSA et al, 2013). Ao encontro desta problemática, o MS normatizou a EP como estratégia para a transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. A EP se baseia na aprendizagem significativa (OLIVEIRA et al, 2011).

A política de Atenção Básica preconiza esta prática, que se encontra em total sintonia com as idéias do educador Paulo Freire: a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados. A prática problematizadora promove o diálogo entre educador e profissionais, a autonomia cidadã, assim como incentiva estes sujeitos a adotarem uma postura ativa em seus ambientes políticos e sociais. Considera-se que esta é uma dimensão de fundamental importância na produção de cuidados de saúde, no processo de construção do SUS (FERNANDES; BACKES, 2010).

A educação permanente em saúde visa ao questionamento da “realidade e suas metas de pactos e acordos diversos que conformam propostas e projetos potentes para mudar as práticas e operar realidades vivas, atualizadas pelos diferentes saberes e conexões, pela atividade dos distintos atores sociais em cena e pela responsabilidade com o coletivo” (SILVA et al, 2010).

O processo educativo estabelecido através da educação permanente deverá contribuir para a construção de um modelo de assistência à saúde, no qual as adaptações do conhecimento possam ser incorporadas como uma nova visão e prática no trabalho em saúde. A educação permanente tem que provocar nos sujeitos e no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformação de sua prática, o que implicaria força de produzir a reflexão sobre si mesmo no agir, pela geração de problematização (OLIVEIRA et al, 2011).

Com isso, em todas as áreas da saúde, inclusive na enfermagem, o processo de educação permanente em saúde transcende ao aperfeiçoamento técnico, ao possibilitar aos sujeitos-trabalhadores buscarem sua autonomia, cidadania, bem como resgatar sua multidimensionalidade, a qual poderia constituir-se como fundamento de desalienação (SILVA et al, 2010).

6. METODOLOGIA

Os projetos de intervenção constituem-se em um conjunto de ações que objetivam a mudança de algo que está apresentando problema, inviabilidade ou simplesmente precisa ser melhorado (BORBA et.al., 2014).

As ações do projeto de intervenção foram desenvolvidas em todas as unidades municipais de saúde do município de Breves que realizam atendimento pré-natal, totalizando 08 unidades de saúde, que foram: Ambulatório do Hospital Municipal de Breves, ESF Cidade Nova, ESF Castanheira, ESF Aeroporto, ESF Santa Cruz, ESF Riacho Doce, ESF Bandeirantes e UBS Ribeirinho (na qual há duas equipes).

6.1- Público Alvo

Este projeto foi realizado com 12 (doze) enfermeiros que ocupam o cargo de coordenação das unidades de saúde e desenvolvem atividades do Pré-Natal no município de Breves, e 24 (vinte e quatro) técnicos de enfermagem que atuam nos serviços primários de saúde.

Para se atingir os objetivos propostos e considerando a realidade na qual o projeto foi desenvolvido, as ações de intervenção foram realizadas por meio de oito (08) oficinas organizadas em quatro (04) módulos, sendo duas (02) oficinas por módulo. Os módulos abordaram os temas: *Os sentidos da integralidade no pré-natal; Conhecendo o componente I da rede cegonha- o pré-natal; Operacionalização da rede cegonha: as boas práticas no pré-natal; O pré-natal no município de breves como elemento do plano regional da rede cegonha.* A cada tema foi atrelado duas oficinas com estratégias visando: acolhimento, entrosamento da equipe, a sensibilização, a reflexão, a superação e o exercício de competências. A seguir o passo a passo das atividades que foram desenvolvidas:

1º Passo:

Módulo 1- OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE NO PRÉ-NATAL

Oficina 1: Humanização na Atenção ao Pré-Natal

- Dinâmica de apresentação e acolhimento: “a caixinha de flores”;
- Veiculação do Filme: O Renascimento do Parto;
- Exposição e discussão espontânea das percepções dos participantes sobre o filme;
- Leitura do Texto adaptado “Parto Extático”;

- Incentivo a reflexão: cada equipe da ESF foi orientada a buscar informações sobre o pré-natal de sua unidade (nº de gestante, pré-natal encerrado, nº de consultas realizadas, etc.), e pesquisar e trazê-las para o próximo encontro;
- Lanche.

Oficina 2: Indicadores da Atenção Materno Infantil Municipal

- Dinâmica de acolhimento e reflexão: “Nem tudo que reluz é ouro”;
- Apresentação espontânea de cada equipe da ESF sobre os dados do pré-natal de sua unidade e “arquivamento” de informações para uso no módulo posterior;
- Apresentação de conteúdo: Boletim epidemiológico da Saúde Materno Infantil no Município de Breves 2009-2013 e discussão (texto elaborado pela autora deste projeto em ocasião da construção do mesmo, apêndice 1).
- Incentivo a sensibilização: cada equipe foi orientada a trazer informações de como realiza o pré-natal em sua unidade (agendas, atividades, etc.) para o próximo encontro.
- Lanche e sorteio de brindes.

Fotografia 01- Módulo 01



2º Passo:**Módulo 2 - CONHECENDO O COMPONENTE I DA REDE CEGONHA- O PRÉ-NATAL****Oficina 1: A Atenção Básica na Atenção ao Pré-Natal**

- Dinâmica de integração: “Desenho coletivo”
- Apresentação espontânea de cada unidade de como realiza o pré-natal e “arquivamento” de informações para uso em módulo posterior.
- Exposição das responsabilidades da atenção básica no Pré-natal: destaque a Lei da Vinculação a Maternidade.
- Incentivo a reflexão: cada grupo de profissionais foi orientado a pesquisar e trazer informações sobre o que realiza no pré-natal de sua unidade (enfermeiros/ técnicos) para o próximo encontro.
- Lanche.

Oficina 2: Os Profissionais na Atenção ao Pré-Natal

- Apresentação espontânea do grupo de enfermeiros e do grupo dos técnicos de enfermagem sobre o que realiza no pré-natal de sua unidade “arquivamento” de informações para uso módulo posterior;
- Manuseio da nova Carteira da Gestante;
- Exposição das responsabilidades de enfermeiros e de técnicos de enfermagem no Pré-Natal;
- Distribuição e leitura da Resolução COFEN 0477/2015;
- Distribuição de Adesivos de Mesa: Fluxograma do manejo de sífilis na gestação e Fluxograma do manejo de Infecção do Trato Urinário (ITU) na gestação para cada enfermeiro e discussão.
- Dinâmica interativa “Jogo do Milhão: teste seus conhecimentos”- aplicação de questões sobre o pré-natal (calendário de consultas, vacinas, abordagem em anemia, no fator RH -, triagem de diabetes gestacional, de distúrbios hipertensivos, PCCU na gestação), separado por profissão. O instrumento foi elaborado pela autora deste projeto em ocasião da construção do mesmo.
- Incentivo a sensibilização: cada equipe foi orientada a buscar informações sobre o Pré-Natal na Rede Cegonha, e trazer para o próximo encontro.
- Lanche.

Fotografia 2- Módulo 02



3º Passo:

Módulo 3 - OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA: AS BOAS PRÁTICAS NO PRÉ-NATAL

Oficina 1: O Componente I da Rede Cegonha: O Pré-Natal

- Dinâmica de reflexão: “Carta de uma puerpera”;
- Apresentação espontânea de cada equipe sobre o pré-natal, comparando-o a rede cegonha, em sua unidade;
- Exposição do Roteiro de Atendimento de Enfermagem no Pré-Natal
- Apresentação espontânea de cada unidade sobre o que conhece da rede cegonha.
- Distribuição de Tabela com Classificação de Risco na gestação e discussão.
- Incentivo a reflexão: equipe foi orientada a pesquisar sobre a rede cegonha, para o próximo encontro.
- Lanche.
- Sorteio de brindes.

Oficina 2: Construindo a Rede Cegonha

- Dinâmica de entrosamento: “Teia de Fios”
- Apresentação espontânea de cada equipe sobre a rede cegonha;
- Aula expositiva sobre Rede, Vínculo e Acolhimento.
- Exposição da Rede Cegonha no Pará e discussão.

- Leitura e discussão de texto sobre ultrassonografia no Pré-Natal de Baixo Risco.
- Apresentação e Discussão sobre o Fluxograma de Atendimento a Gestante-Rede Cegonha
- Incentivo a sensibilização: cada equipe foi orientada a trazer propostas para o pré-natal de sua unidade/município, para o próximo encontro.
- Lanches.

Fotografia 03-Módulo 03



4º Passo:

Módulo 4- O PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE BREVES COMO ELEMENTO DO PLANO REGIONAL DA REDE CEGONHA

Oficina 1: A Rede na Atenção Básica

Convidados: Diretora da Atenção Básica do Município de Breves e Direção do Hospital Regional Público do Marajó (HRPM).

- Dinâmica de acolhimento: “Construindo um caminho”
- Apresentação espontânea de cada unidade das propostas para o pré-natal.
- Integração com coordenadora da Atenção Básica, equipe do HRPM, e das ESF sobre as propostas apresentadas.
- Elaboração do Plano Municipal do Pré-natal, com as propostas aprovadas pelo grupo, para apresentação a secretária municipal de saúde e envio ao Conselho Municipal de Saúde.
- Lanche
- Sorteio de brindes.

Oficina 2: A Rede Regional

Convidados: Secretária Municipal de Saúde e Diretora da Atenção Básica do Município de Breves/ Apoiador Regional da Rede Cegonha.

- Dinâmica de acolhimento: “Eu sou você”;
- Apresentação da rede municipal de saúde- aula expositiva.
- Apresentação das propostas da rede de atendimentos para o pré-natal no município.
- Discussão com secretária Municipal de saúde e apoiador da Rede Cegonha coordenadora sobre as propostas apresentadas;
- Entrega do Plano Municipal do Pré-natal à secretária municipal de saúde para posterior envio ao Conselho Municipal de Saúde.
- Avaliação das oficinas pelos participantes.
- Coffee-Break, entrega de Camisas e Certificados.

Fotografia 04-Módulo 04



7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo desenvolvido, por meio de um projeto-intervenção junto na atenção primária à saúde, resultou na construção de um conjunto de propostas para melhoria do pré-natal condensadas em um Plano Municipal da Atenção Pré-Natal. Essa construção foi possível devido às ações e momentos de reflexão sobre as realidades apresentadas pelo grupo, em interface às legislações, manuais, estudos e dinâmicas apresentadas pela autora do estudo, com base nas propostas da Rede Cegonha.

A execução das atividades atingiu cerca de 80% dos participantes, em dado momento, devido a situações pessoais como doença e viagens para estudo fora do município. Porém, essa limitação não prejudicou o alcance das intervenções propostas.

No desenvolvimento do Módulo I, voltado a reflexão e sensibilização sobre o Pré-Natal, verificamos como primeira impressão a sensação de desmotivação/desânimo dos profissionais frente ao pré-natal e a participação em atividades educativas, o que foi compreendido posteriormente pela falta de estrutura nas unidades, ausência de protocolos de assistência, sobrecarga de serviços e funções relatadas por todos os enfermeiros, como a demanda abundante de gestantes para só um enfermeiro cuidar, pois muitas unidades atendem a vários bairros e invasões, sem ESF.

Sobre o Módulo II, que tratou das responsabilidades da Atenção Básica e da enfermagem, identificamos o conhecimento fragmentado sobre a real finalidade da Atenção Básica no serviço de saúde, especificamente na atenção ao pré-natal. Esta ainda é uma realidade conflituosa em seus significados, situação que se acentuada pela confusão sobre as competências profissionais do enfermeiro na assistência e gestante, dado crítico que põem em risco a qualidade do atendimento e o próprio profissional, por ir de encontro ao Código de ética da Enfermagem.

Exemplo disso, durante a socialização da carteira da gestante, elemento essencial de comunicação entre profissionais e documento que demonstra a assistência prestada a gestante, verificamos a ausência de domínio no manuseio das carteiras de gestantes, apesar de já estar em uso no município há mais de dez meses.

Nas dinâmicas envolvendo condutas de enfermagem, identificamos inseguranças no manejo das situações que compõem o dia a dia no pré-natal

(calendário de consultas, vacinas, abordagem em anemia, no fator RH -, triagem de diabetes gestacional, de distúrbios hipertensivos, PCCU na gestação), implicando no necessário caráter resolutivo da assistência.

No transcorrer do Módulo III, reflexão das práticas realizadas nas unidades preconizada pela Rede Cegonha, durante a discussão sobre o necessário roteiro de atendimento de enfermagem no Pré-natal, constatou-se mais uma vez as carências de recursos materiais e de pessoal para execução das ações, como o exame físico da gestante que não é realizado por falta de material nos consultórios de enfermagem.

Para conseguir a construção da rede, a partir das próprias vivências dos profissionais, objetivo do Módulo IV, adotou-se, como roteiro direcionador para a construção do Plano de Ação, a ferramenta denominada Fluxograma de Atendimento a Gestante-Rede Cegonha, através da qual foram identificados os “Nós” que dificultam o funcionamento da rede.

Os “Nós” citados retratam a fragilidade do microsistema municipal de saúde, onde muitos estão fora da governabilidade das equipes, mas para os quais foram apontadas sugestões de melhorias que condensados a seguir:

- Captação precoce das Gestantes e Realização do teste rápido de gravidez.

Sobre essa sugestão, Domingues (2012) refere que o início precoce da assistência pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, tais como hipertensão arterial crônica, diabetes não gestacional, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV.

- Realização da 1ª consulta de acolhimento, cumprimento do calendário mínimo de consultas e atividades educativas.

Nesse sentido, Martinelli et al (2014) relata que estudos observacionais têm demonstrado que o número insuficiente de consultas pré-natal é fator de risco para mortalidade tanto fetal como neonatal e que a falta de intervenções no momento apropriado da gravidez pode ocasionar o nascimento prematuro.

- Utilização da Classificação de Risco e Acesso ao atendimento em hospital de referencia para alto risco, com retorno.

Para Gonçalves et al (2013) a classificação de risco, que consiste num sistema de estratificação dinâmica e priorização da necessidade de atendimento de

acordo com o potencial de risco, agravo ou de sofrimento por meio de avaliação da gravidade clínica apresentada, quando aliada ao acolhimento, mostra-se como um instrumento que amplia a resolutividade das respostas do sistema de saúde às necessidades da usuária, por meio da ordenação e orientação da assistência na linha de cuidado específica, utilizando o sistema de referência e contra referência.

- Realização de anamnese, exame físico e coleta de PCCU (se necessário)

A anamnese é definida como a primeira fase de um processo, na qual a coleta destes dados permite ao profissional de saúde identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência e o exame físico, etapa relevante para o planejamento do cuidado do enfermeiro, busca avaliar o cliente através de sinais e sintomas, procurando por anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

- Visita a maternidade de referência;

Deve-se ressaltar que a vinculação da gestante para a maternidade na qual será realizado o seu parto é um direito das mulheres assistidas pelo SUS, garantido pela *Lei nº. 11.634* de 27 de dezembro de 2007, e tem como um de seus objetivos evitarem a peregrinação das gestantes no momento da internação para assistência ao parto (DOMINGUES, 2012).

- Realização de consulta puerperal até o 7º dia;

Essa ação é ratificada com a fala de Lima (2013) quando refere que é importante a atenção à mulher e ao recém-nascido, na primeira semana após o parto, com realização das ações preconizada na “Primeira Semana Saúde Integral”, pela Agenda de Compromisso para a Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde.

- Atendimento multiprofissional, se necessário: nutrição, odontologia, serviço social, etc.

Uma parcela significativa das situações negativas desenvolvidas durante a gestação pode ser superado com um acompanhamento eficaz e humano da equipe multidisciplinar. Se tal atenção não for encontrada no atendimento pré-natal, a gestante buscará alguém em quem confie ou ache que seja conhecedor do assunto, o que pode acarretar em discordância com as informações oferecidas pelos profissionais de saúde, durante o pré-natal (GONÇALVES et al, 2013)

- Realização de USG Obstétrica, realização de exames laboratoriais de triagem e acesso ao tratamento adequado de ITU e sífilis na gestação.

Barros (2013) esclarece que a ITU é a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação, acometendo de 10% a 12% das gestantes e é ainda mais preocupante quando assintomática, pois, justamente por passar despercebida, essa condição pode levar ao parto prematuro do bebê e em internação da gestante.

A fixação da mulher no serviço de saúde pela captação precoce, oferta de rotina mínima de exames preconizados pelos protocolos, registros apropriados e garantia de tratamento oportuno e adequado, inclusive de parceiros, com acolhimento e reconhecimento de necessidades, são estratégias para a organização do serviço, melhoria da qualidade e seguimento efetivo dos casos (MAGALHÃES et al, 2013).

A avaliação realizada pelos participantes foi positiva (apêndice 3), representada no quadro abaixo, o que mostra o crescente impacto de projetos para educação junto a profissionais de saúde, já comuns em outras regiões do país.

O quadro abaixo mostra a opinião dos participantes sobre a prática educativa:

	Excelente	Bom	Ruim
Estrutura (local, material impresso, audiovisuais)	62,5%	37,5%	
Conteúdo trabalhado	56,3%	43,7%	
Desempenho da facilitadora (didática, conhecimento)	93,8%	6,2%	
Comentário 1: “Acho que deveria ter centros de treinamentos não só do pré-natal, mas de outros assuntos. Quero parabenizar a enfermeira Luciete pelo seu desempenho e paciência conosco”. Técnico de enfermagem. “A metodologia usada foi muito pertinente, utilizando os conteúdos de maneira dinâmica, objetiva e envolve os participantes nos debates e construção”. Enfermeiro.			

A educação coloca, à disposição dos profissionais da saúde, estratégias diversificadas a serem aplicadas de acordo com o público alvo e objetivos propostos. Silva et al (2010) afirma que a educação permanente em saúde a partir de uma práxis criadora estabelece possibilidades de transformação, de visualização, de ampliação, de valorização dos conhecimentos do coletivo de sujeitos envolvidos no processo de trabalho da área da saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros, técnicos de enfermagem e gestores tiveram um significado importante na realização deste projeto de intervenção. Percebe-se o alcance dos objetivos propostos bem como as metas estabelecidas, uma vez que se refletiu sobre as aprendizagens adquiridas no durante a realização dos módulos/oficinas deste projeto e ainda no decorrer deste curso de especialização.

A experiência vivida durante as oficinas foram muito importantes, dando a oportunidade aos participantes de pensar, construir conhecimentos, dialogar com os pares e gestores do município, reconhecer as fragilidades e principalmente criar oportunidades e firmar compromissos para as boas práticas de atenção à saúde obstétrica consonantes com a proposta da Rede Cegonha, como a construção do Plano de Ação (apêndice 3).

As atividades propostas estabelecidas no objetivo do estudo permitiu, por meio das estratégias utilizadas, capacitar, através de dinâmicas educativas, de acordo com as diretrizes do MS, 100% dos profissionais de enfermagem envolvidos no Pré-natal, no município de Breves. Concedeu, ainda, a oportunidade de manter 100% da população de enfermeiros e técnicos de enfermagem informada das suas competências técnico/administrativas para a adequada atenção pré-natal.

Neste sentido ainda, oportunizou o estabelecimento de níveis de responsabilidade nos serviços de atenção que compõem a rede de atendimento a gestante, para efetiva ação da Atenção Básica e finalmente a possibilidade de implementar e monitorar as ações educativas propostas no projeto.

A elaboração deste relatório foi um passo importante para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista, pelas reflexões críticas diante da prática, das experiências em contexto de aulas teórico-práticas e execução do projeto que conduziram ao desenvolvimento e aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Obstétrica.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R.A, *et al.* **Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família.** Interface. Botucatu, vol.15, n.38, pp. 677-686. 2011. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000041>. Acesso em 12/02/2015.

ANVERSA E. T. R., *et al.* **Qualidade do Processo da Assistência Pré-natal: unidades Básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 28, n.4, pp. 789-800, abr., 2012. ISSN 0102-311X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm_iso. Acesso em 12/02/2015.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. **Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol.27, n.6, pp. 1053-1064, 2011. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>. Acesso em 12/02/2015.

BARBOSA, G. C. et al. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, vol.66, n.1, pp. 123-127, 2013. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>. Acesso em 12/02/2015.

BARROS, S. R. A. F. **Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem.** Rev. dor, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-93, jun. 2013. ISSN 1806-0013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12/02/2015.

BORBA, et.al. **Projetos de Intervenção em Saúde: estruturação.** Recife: [s.n.], 2014. 59 p.

BRANDÃO, I. C. A.; GODEIRO, A. L. S.; MONTEIRO, A. I.. **Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, vol 20, n esp1, pp. 596-602, dez. 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a08.pdf>. Acesso em 12/02/2015.

BRASIL, MS. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011- Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 12/02/2015.

_____, MS. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. **Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011- Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html. Acesso em 12/02/2015.

_____, Presidência da República- Casa Civil. **Lei 11.634/2007 (Lei Ordinária) 27/12/2007- Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único De Saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em 12/02/2015.

_____, MS/SAS/DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico da cobertura do PSF.** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio/php. Acesso em 12/02/2015.

_____, MS/SAS/DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

_____, IBGE. **Cidades/Pará/Breves.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=150180&search=para/breves>. Acesso em 12/02/2015.

_____, MS/SAS/DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: http://cnes.datasus/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=04876389000194. Acesso em 12/02/2015.

_____, MS/SAS/DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Pará.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nipa.def>. Acesso em 12/02/2015.

_____, MS/SAS/DATASUS. **SÍFILIS EM GESTANTE - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/sifigest/bases/sifiligestantebnnet.def>. Acesso em 12/02/2015.

_____, MS/SAS/DATASUS. **SÍFILIS CONGÊNITA - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net..** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/sifilisc/bases/sifilisbrnet.def>. Acesso em 12/02/2015.

_____, MS/SAS/DATASUS. **TÉTANO NEONATAL - Casos confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tetanoneo/bases/tetneobrnnet.def>. Acesso em 12/02/2015.

CABRAL et al. **Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado.** Rev. Esc. Enferm. USP .São paulo, vol.47, n.2, pp. 281-287, 2013. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200002>. Acesso em 12/02/2015.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. **Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem.** Texto contexto Enferm. Florianópolis, vol.22, n.2, pp. 552-560, 2013. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>. Acesso em 12/02/2015.

CARNEIRO, R. G. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade.** Interface. Botucatu, vol.17, n.44, pp. 49-59, 2013. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100005>. Acesso em 12/02/2015.

CAVALCANTI, P. C.S. et al. **Um modelo lógico da Rede Cegonha.** Physis .Rio de Janeiro, vol.23, n.4, pp. 1297-1316, 2013. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>. Acesso em 12/02/2015

CASSIANO A. C. M. *et al.* **Saúde Materno Infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.** Rev. do Serviço Público. Brasília. vol. 65, n. 2, pp. 227-244, abr./jun. 2014. ISSN 2357-8017

COSTA, C. S. C. et al. **Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde.** Rev. Eletr. Enf. Internet, vol.15, n.2, pp. 516-522, 2013. ISSN 1518-1944. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000200026&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 12/02/2015.

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0477/2015- Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em 12/04/2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública . Rio de Janeiro, vol.28, n.3, pp. 425-437, 2012. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>. Acesso em 12/04/2015.

FERNANDES, M.C.P; BACKES, V.M.S. **Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, vol. 63, n. 4, pp. 567-573, julho/agosto, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. Acesso em 09/01/2015.

FREITAS, F. D. S. et al. **Ambiente e humanização: retomada do discurso de nightingale na política nacional de humanização.** Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, vol.17, n.4, pp. 654-660, 2013. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130008>. Acesso em 12/04/2015.

GONÇALVES, I.T.J.P. et al. **Prática do Acolhimento na Assistência Pré-Natal: Limites, Potencialidades e Contribuições da Enfermagem.** Rev Rene, vol 14, n. 3, pp. 620-629, 2013. ISSN 2175- 5783. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1065/pdf>. Acesso em 09/01/2015.

JUNIOR, G.S. **Breves: Capital das Ilhas**. Disponível em: <http://www.recantodasletras.com.br/artigos/1896227>. Acesso em 12/02/2015.

LAVRAS, C.. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saudeoc, São Paulo, vol.20, n.4, pp. 867-874, 2011. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em 12/02/2015.

LIMA, S.S. **Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família**. Aquichán, Bogotá, vol. 13, n. 2, agos. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12/02/2015.

MAGALHÃES, D. M.S. et al. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol.29, n.6, pp. 1109-1120, 2013. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>. Acesso em 12/02/2015.

MARTINELLI, K. G. et al. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**. Rev Bras Ginecol Obstet. Rio de Janeiro, vol. 36, n. 2, pp. 56-64, 2014. ISSN 0100-7203. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000200056&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12/04/2015.

NASCIMENTO, N. M. **A contribuição das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender**. 2011. Dissertação (Mestrado)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

NORA, C. D.; JUNGES, J. R. **Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática**. Rev. Saúde Pública. Internet, vol.47, n.6, pp. 1186-1200, 2013. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>. Acesso em 12/02/2015.

OLIVEIRA, M. A. C., PEREIRA, I. C.. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, vol.66, n.spe, pp. 158-164, 2013.ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em 12/02/2015.

OLIVEIRA F. M. C. S. N. et al. **Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem**. Aquichán. Bogotá, vol. 11, n. 1, pp. 48-65, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09/ 01/ 2015.

OLIVEIRA, A. P. G. **Consulta Pré-Natal pelo enfermeiro**. UFPA, Belém, 2015.

PEREIRA, N. M; GUIMARÃES, B.S.; LANZA F.M. **Avaliação da Adequação da Assistência Pré-Natal em uma unidade Tradicional da Atenção Primária à Saúde**. R. Enf. Cent.O. Min. vol. 3, n. 3, pp. 804-819, set/dez, 2013. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/405/527>. Acesso em 12/02/2015.

RABELO, L. R. ; OLIVEIRA, D. L. **Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar**. Rev. Esc. Enferm. USP . São Paulo, vol.44, n.1, pp. 213-220, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a30v44n1.pdf>. Acesso em 07/06/2015.

São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. **Manual para Operacionalização das Ações Educativas no SUS**. Educação em Saúde, Planejando as Ações Educativas, Teoria e Prática. São Paulo, 2001.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R.. **Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 64, n. 2, p. 355-358, abril. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10/07/2015.

SILVA, L. A. A. et al . **Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora**. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-561, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09/01/2015.

SILVA E.P. et al. **Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.. Recife, vol.13, n.1, pp. 29-37. 2013, ISSN 1519-3829. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>. Acesso em 12/02/2015.

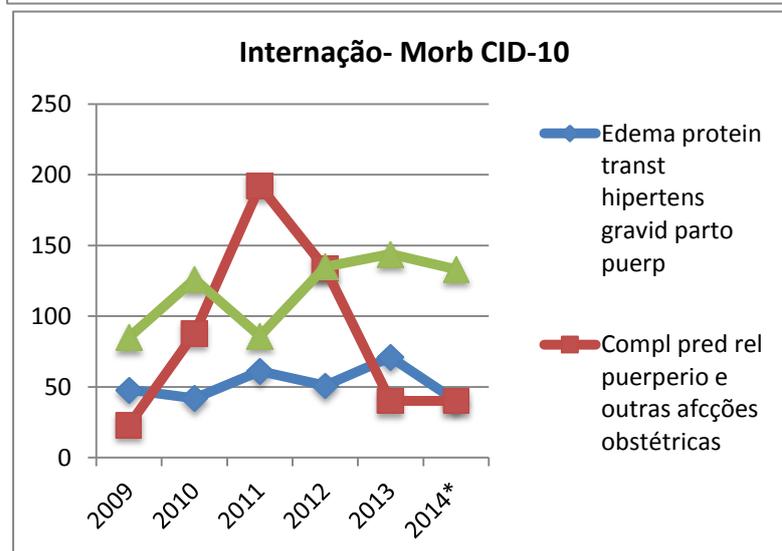
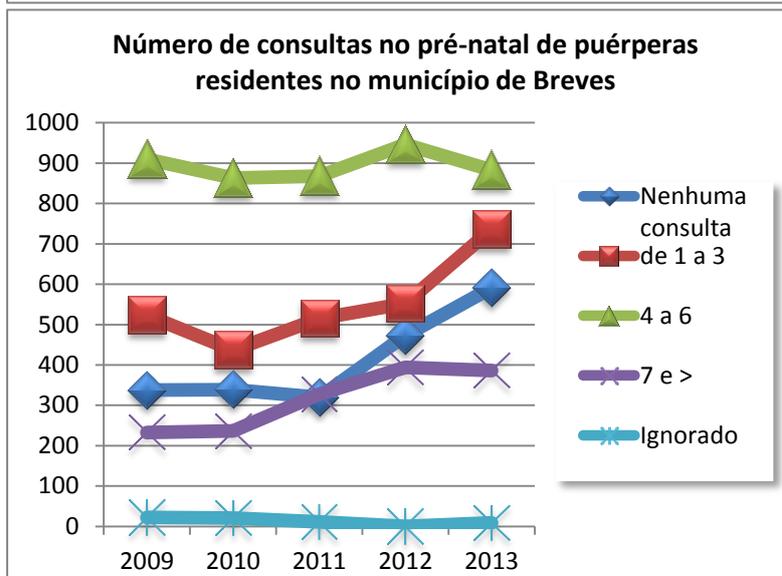
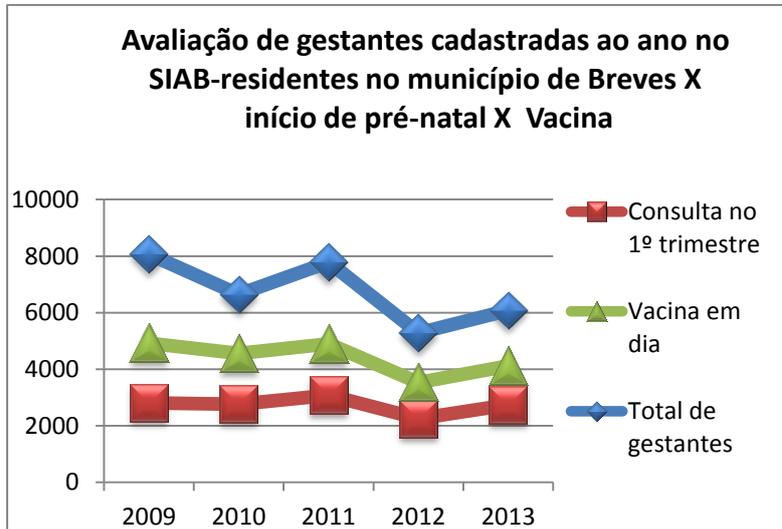
SILVA E. P et al. **Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal**. Rev. Panam. Salud. Publica. [online]., vol.33, n.5, pp. 356-362, 2013. ISSN 1020-4989. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000500007>. Acesso em 12/02/2015.

VALENTE M. M. Q. P. et al. **Assistência Pré-Natal: um olhar sobre a qualidade**. Rev RENE. Fortaleza, vol 14, n. 2, pp. 280-9, 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/177>. Acesso em 09/01/2015.

VIELLAS, E. F et al. **Assistência Pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 30, Sup, pp. S85-S100, 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09/01/2015.

APÊNDICE 1

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL DO MUNICÍPIO DE BREVES 2009-2013



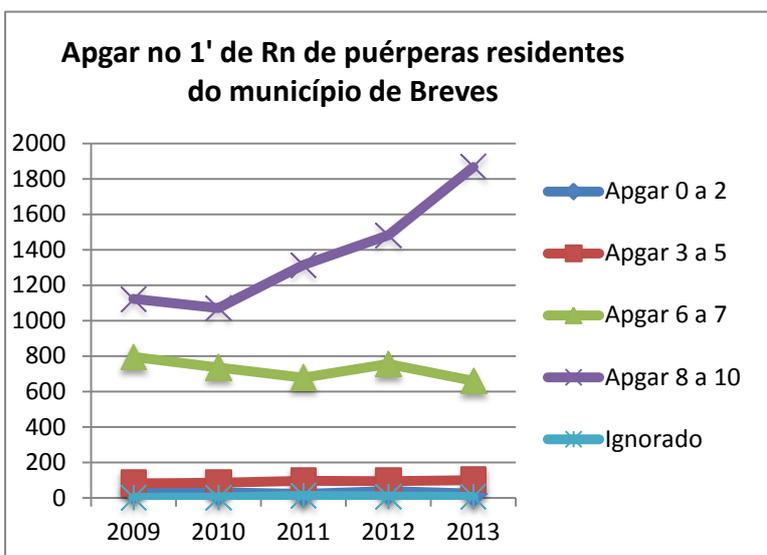
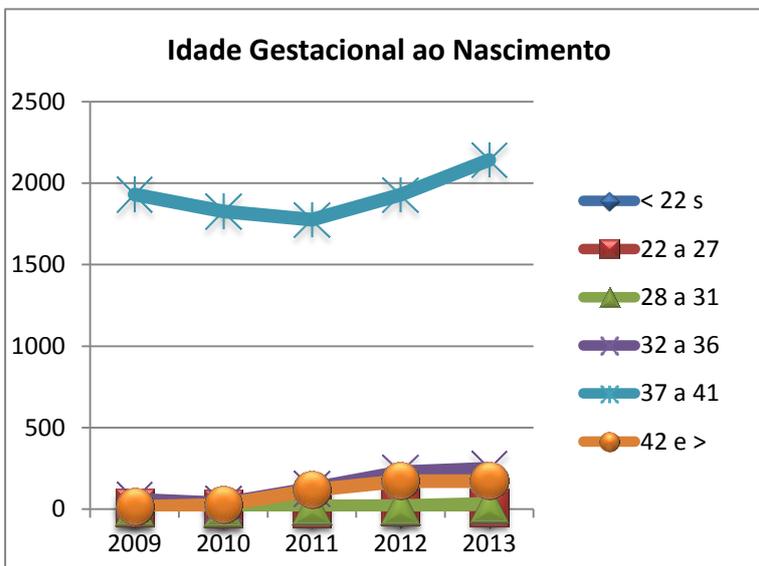
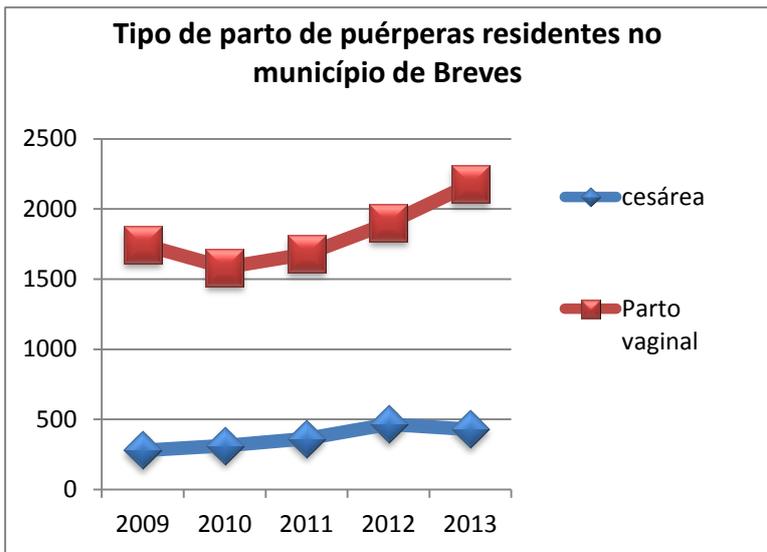
ANÁLISE DOS DADOS

A atenção pré-natal e puerperal humanizada, prevista no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabeleceu, além do número de consultas mínimas no pré-natal e a precocidade do ingresso no Pré-Natal, exames laboratoriais e ações de educação em saúde e suas bases conceituais em conformidade com os modelos empregados no mundo todo.

O conhecimento e a reflexão sobre o pré-natal desenvolvido nos municípios do Marajó, em especial em Breves, tornam-se imprescindíveis e podem contribuir para a melhoria dos sistemas de saúde municipais.

A cobertura do pré-natal, de parturientes no ano de 2013, ficou em 76,6%, com apenas 45% das gestantes iniciando o pré-natal no primeiro trimestre. No país, 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal precocemente.

28,2% das puérperas realizaram apenas de 01 a 03 consultas e 22,7% não realizou nenhuma consulta. No Brasil, 73,1% tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Em mulheres residentes nas regiões Norte e Nordeste a dificuldade para o diagnóstico da gravidez foi a principal razão referida para o início tardio do pré-natal (46,6%), seguido por problemas pessoais (30,1%) e barreiras de acesso (23,2%).



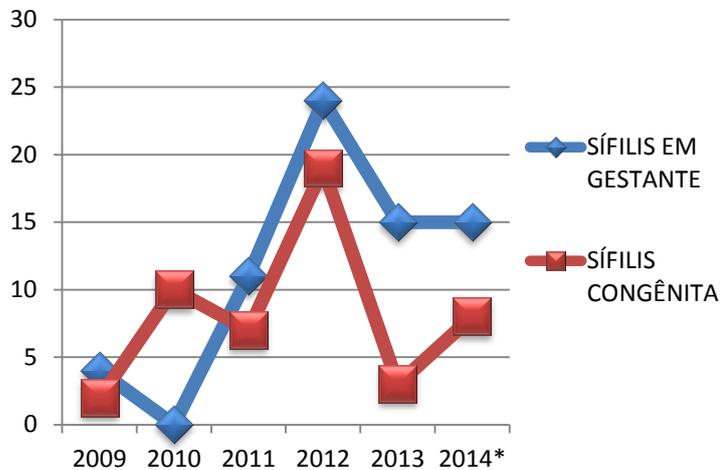
Ao analisar intercorrências relativas a gravidez, a SHEG é a segunda causa de internação de internação em Breves.

Ao avaliar o tipo de parto ocorrido no município, os partos vaginais são predominantes com 2176 realizados no ano de 2013. Percebe-se tendência a crescimento de cesáreas, em que no ano anterior, a realização desta cirurgia chegou a 24,5%.

Segundo DATASUS-2015, caso de tétano neonatal no município, representou 50% da notificação ocorrida no estado do Pará.

A maioria do RN nascidos em 2013 é a termo, porém 11% destes foram prematuros, muitos extremos, necessitando de suporte intensivo, o que representa um desafio para o sistema de saúde, pois para a região denominada Marajó II, composta por 07 municípios, há somente 05 leitos de UTI NEONATAL e nenhum leito de UCI.

A análise acima é corroborada pela avaliação do Apgar no 1 minuto de vida de RN de puérperas residentes em Breves, em que 29,5% apresentaram Apgar menor que 8, o que representa necessidade de algum tipo de intervenção, muitos intensivos e ação profissional especializada.

Notificação de sífilis no município de breves

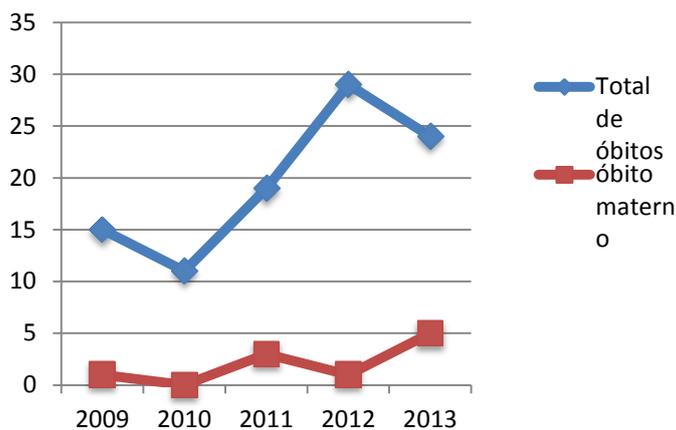
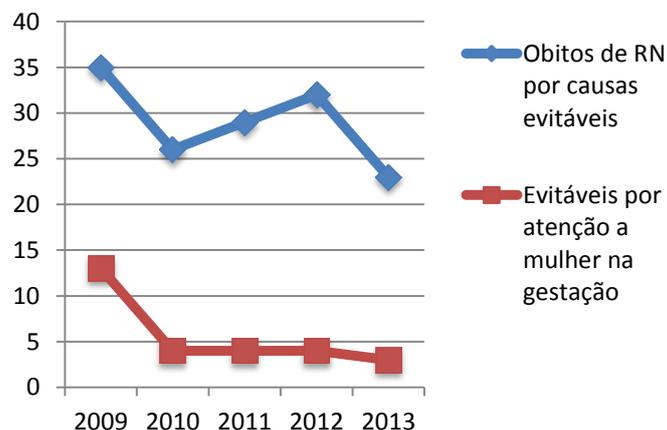
No ano análise, houve a notificação de 15 casos de sífilis em gestante, 08 notificações por sífilis congênita, entretanto, ocorreram 12 internações por sífilis congênita. Esta situação é extremamente preocupante

Dos 23 óbitos neonatal por causas evitáveis (dados provisórios de 2013), atribuídos a má atenção a mulher na gestação, má atenção a mulher no parto e inadequada atenção ao recém-nascido, 03 destes foram relacionadas a atenção pré-natal.

O óbito de mulheres em idade fértil, dado indicador de saúde de um país é alarmante, com ocorrência de 24 óbitos, sendo 05 relacionados a gravidez, parto e puerpério.

Com isso, atenção pré-natal qualificada exige conhecimentos e habilidades específicos, tanto da fisiopatologia obstétrica quanto dos aspectos socioculturais dessa fase da vida da mulher, requerendo que os enfermeiros valorizem seu trabalho, buscando habilidades e conhecimentos que tornem sua prática eficiente e capaz de promover a maternidade segura. Salienta-se que o exercício de competências essenciais exige o exercício reflexivo e demanda, sobretudo, comprometimento com a transformação da realidade da saúde.

FONTE: DATASUS, 2014.

Óbito de mulheres em idade fértil**Óbitos neonatais de residentes do município de Breves**

APENDICE 02
Ficha de Avaliação do Projeto “FORTALECIMENTO DO PRÉ-NATAL NA
ATENÇÃO BÁSICA: uma proposta de intervenção no município de Breves-
Marajó-PA”

Prezado participante,

Obrigada pela sua presença e contribuição nas oito oficinas que compuseram os quatro módulos deste projeto!

Mais uma vez, solicito sua contribuição para avaliar o desenvolvimento do projeto. Fique a vontade para participar

Você é () enfermeiro () técnico de enfermagem

- O que você achou da execução do projeto? Marque de acordo com sua opinião

	Excelente	Bom	Ruim
Estrutura (local, material impresso, audiovisuais)			
Conteúdo trabalhado			
Desempenho da facilitadora (didática, conhecimento)			

Comente, se quiser:

- Esse projeto contribuiu de alguma forma para seu crescimento profissional?

() Não _____

() Sim _____

- Em sua opinião, que questões precisaram ser mais bem abordadas?

- Você gostaria de deixar uma mensagem para a melhoria do pré-natal no município de Breves?

Mais uma vez, obrigada!
Luciete Pimentel Oliveira
 Aluna do CEEQ- Matrícula 2014762800
 Breves, 03 de outubro de 2015.

APÊNDICE 3

PLANO MUNICIPAL DE BREVES PARA O ATENDIMENTO PRÉ-NATAL				
OBJETIVOS	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a Captação Precoce 	<p>Realizar 1ª consulta até 90 dias de gestação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar toda a equipe quanto a importância do início do pré-natal precoce. • Garantir ao ACS treinamento quanto à importância do início do pré-natal precoce. • Garantir motivação para os profissionais, principalmente ao ACS (ex: ACS do mês, profissional destaque). • Fazer levantamento por área de acordo com o número populacional das gestantes para estratégias de busca. 	<p>Coordenação da Atenção Básica Coordenação das ESF</p>	<p>06 MESES</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta Precoce de Acolhimento de livre demanda ou quando encaminhado pelo ACS; • Realizar calendário de consulta mínima do Protocolo de Risco Habitual • Realizar reuniões educativas direcionadas as gestantes e familiares 	<p>Garantir agendamento e realização de consulta mínima e de reuniões educativas do protocolo da Rede Cegonha – Risco habitual Anexo III da Pt. 650)</p>	<p>Aumentar o número de profissionais para o atendimento ao pré-natal (ENFERMEIROS) OU Aumentar de 01 para 02 os dias de atendimento ao pré-natal nas unidades (utilizar o dia de demanda livre)</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde Coordenação da Atenção Básica</p>	<p>12 MESES</p>

<ul style="list-style-type: none"> Disponibilizar Teste Rápido de Gravidez e insumos Repetir Teste Rápido de Gravidez em 15 dias 	<p>Garantir o teste rápido de gravidez nas unidades de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer os insumos como kit coletor para testes rápidos e coletores, mediante planilha mensal de ressuprimento. Adoção de porta aberta para a realização do teste rápido de gravidez. Adotar agendamento de retorno para realizar teste rápido de gravidez em 15 dias para suspeitas com 1º exame negativo 	<p>Secretaria Municipal de Saúde Coordenação da Atenção Básica Coordenação das ESF</p>	<p>06 MESES</p>
<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame físico na consulta de acolhimento Realizar exame físico nas consultas subsequentes 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilizar os kits de Pré-natal para as Unidades Básicas de Saúde Ofertar coleta de PCCU para grávidas 	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição ou redistribuição para todas as unidades, aos profissionais que atendem ao pré-natal, dos materiais necessários: sonar, gel, fita métrica, gestograma, Caderno de atenção básica nº 32, balança adulto, mesa ginecológica, foco, relógio de parede, aparelho de verificação de PA e insumos como: luvas, papel toalha, lençol e roupas apropriadas para a avaliação do exame físico. Delimitar o número de consultas para o enfermeiro, por turno: 04 consultas para início de pré-natal e 08 consultas para retorno. 	<p>Secretaria Municipal de Saúde Coordenação da Atenção Básica</p>	<p>12 MESES</p>
<ul style="list-style-type: none"> Realizar Classificação de Risco com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as gestantes de alto risco do território Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação para a equipe sobre Fatores de Risco no pré-natal. Implantar o acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde conforme AIDPI neonatal, Caderno 32/MS ou protocolo próprio em todas as Unidades que atendem gestantes . Construir e implantar fluxos para encaminhamento de gestantes, com impresso para a avaliação de risco e consulta médica para 	<p>Coordenação da Atenção Básica Coordenação das ESF Direção do HRPM</p>	<p>06 MESES</p>

		<p>devido encaminhamento do caso de acordo com fluxo a ser estabelecido com HRPM.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar classificação a cada consulta pelo profissional enfermeiro e médico. 		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar todos os exames laboratoriais de triagem 	Garantir exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno	<ul style="list-style-type: none"> Redefinir exames de pré-natal de baixo risco a serem realizados pelo Laboratório Municipal, independente do solicitante, com a garantia de resultados dentro do prazo estipulado de 20 dias. Definir exames de triagem que serão solicitados aos HRPM (destaque a urocultura/antibiograma, sorologias, Teste de Tolerância Oral a Glicose e proteinúria de 24 horas) 	Coordenação do Laboratório Municipal de Breves Coordenação da Atenção Básica Direção do HRPM	06 MESES
<ul style="list-style-type: none"> Realização de USG Obstétrica 	Garantir a realização de 02 US nas gestantes de risco habitual	Construir protocolo com critérios para solicitação de USG Obstétrica (USG X IG), e redefinir do número de USG por unidade de acordo com número de gestantes.	Secretaria Municipal de Saúde Coordenação da Atenção Básica	12 MESES
<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para acompanhamento nutricional, odontológica e psico-social. 	Garantir atendimento de outras especialidades	Definir com equipe do NASF fluxo de atendimento a gestantes/puérperas encaminhadas das ESF.	Secretaria Municipal de Saúde Coordenação da Atenção Básica Coordenação da NASF	06 MESES
<ul style="list-style-type: none"> Realizar visita a Maternidade de Referência 	<ul style="list-style-type: none"> Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto Acolhimento às intercorrências na gestação 	<ul style="list-style-type: none"> Atender as gestantes que indicam encaminhamento a urgência e emergência, referenciadas para a maternidade de referência municipal (HMB), por profissional médico especialista, com devida contrarreferência a unidade, de acordo com classificação de risco. Atender as gestantes de risco que indicam encaminhamento a urgência e emergência, referenciados pelo enfermeiro da unidade, na 	Direção do Hospital Municipal de Breves Coordenação da Atenção Básica Direção do HRPM	06 MESES

		<p>ausência do médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficializar a garantia de livre acesso as gestantes que realizam pré-natal de alto risco no HRPM. • Oficializar a prestação de apoio às unidades básicas de saúde em caso de encaminhamento de gestantes em situação de emergência pela ambulância do município. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o pré-natal de alto Risco, em Centro de Referência Regional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir acompanhamento regular das Gestantes de Alto Risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redimensionar as vagas para consulta em obstetrícia para o HRPM entre as ESF. • Registrar os devidos dados no cartão da gestante ao realizar consulta no HRPM • Discutir a importância e adoção da contrareferência as ESF pelo HRPM. 	<p>Secretaria Municipal de Saúde Coordenação da Atenção Básica Direção do HRPM Coordenação da Central de Regulação Municipal</p>	06 MESES
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar Consulta Puerperal até o 7º dia pós-parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção precoce de intercorrências com puérpera e RN, para prevenção do óbito neonatal precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visita semanal a toda gestante que completar de 36 semanas de gestação por ACS. • Criar meio de comunicação para informe sobre os partos as ESF (ex: envio por setor de AIH do hospital, nos dias de segunda e quinta-feira, de informe com nome de puérperas e endereços a Coordenação da Atenção Básica). • Criar meio de comunicação para informe sobre os partos do HRPM as ESF. • Realizar a visita com consulta puerperal início de PROAME e inclusão do planejamento reprodutivo, pela equipe de enfermagem da unidade. 	<p>Coordenação da Atenção Básica Direção do HRPM</p>	06 MESES
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar adesão ao 	<p>Ampliar o acesso aos meios de planejamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer a inscrição no planejamento familiar (Enfermeiro), no momento da consulta de puerpério. 	<p>Direção do Hospital Municipal de Breves Coordenação da</p>	06 MESES

<p>Planejamento Reprodutivo, com garantia do fornecimento dos insumos.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta médica para definição de método adequado. • Disponibilizar os insumos necessários (medicamentos Orais, Injetáveis, de barreira, métodos irreversíveis) • Obedecer ao fluxo do planejamento reprodutivo (Laqueadura): <ul style="list-style-type: none"> -Direitos aos exames pré-operatórios (laboratório): PCCU, Hemograma, Glicemia de jejum, VDRL, Coagulograma, Colesterol, Triglicérideo, Urina, Tipagem Sanguínea, Secreção Vaginal, BHCG. - Atendimento consulta com assistente social no NASF - Realizar BHCG na hora da internação (hospital) - Realizar consulta com Ginecologista -Realizar consulta Medica (pós-operatório). 	<p>Atenção Básica Coordenação da NASF</p>	
--	--	--	---	--