

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

FELIX GONZALEZ PIEDRA

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA
GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NA UBS VILA ESPERANÇA NO
MUNICÍPIO DE CONTAGEM / MG**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2015

FELIX GONZALEZ PIEDRA

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA
GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NA UBS VILA ESPERANÇA NO
MUNICÍPIO DE CONTAGEM / MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2015

FELIX GONZALEZ PIEDRA

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA
GRAVIDEZ DE ALTO RISCO NA UBS VILA ESPERANÇA NO
MUNICÍPIO DE CONTAGEM / MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha esposa pela compreensão e apoio durante a realização desta pós-graduação.

Agradeço especialmente ao professor Bruno Sena pela sua infinita paciência e à toda equipe do NESCON pela ajuda durante este processo de crescimento pessoal e profissional.

DEDICATÓRIA

À Jorge Felix, Rachel e Kevin:

Meus filhos para incentivá-los nas suas superações.

“Mulher:

Oficina natural onde se forja a vida”

José Martí

RESUMO

A gestação de alto risco é o acompanhamento das mulheres grávidas portadoras de alguma doença ou que desenvolveram problemas após engravidar (de 15 a 20%), e apresentam maiores chances de risco para o feto. Normalmente, a hipertensão gestacional ocorre depois da 20ª semana, assim como o diabetes, outra condição de saúde que costuma aparecer depois da 26ª semana. Dados do Ministério da Saúde apontam que, nos últimos dez anos, houve um aumento de 27% no número de nascimentos prematuros no Brasil. Objetiva-se com esse trabalho propor um plano de ação para diminuir o número de gestantes na condição de alto risco na Unidade Básica de Saúde da Vila Esperança do município de Contagem/MG, seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foi realizado previamente um diagnóstico situacional seguindo o método da Estimativa Rápida para conhecer melhor a área de abrangência (coleta de dados locais) e uma revisão de literatura nas bases de dados como o SIAB entre outras. Os descritores utilizados foram: gravidez, fertilidade e alto risco onde foram selecionados e revisados trabalhos científicos, artigos e livros publicados entre os anos de 1978 a 2015. Concluiu-se que a influência do Profissional da saúde e sua equipe de atenção básica são determinantes na atenção integral às grávidas incidindo antes, durante e depois da etapa gestacional no seguimento e controle da gravidez no primeiro lugar e da saúde reprodutiva de forma geral. A melhoria da qualidade da gestação dessas gestantes devem ser dedicadas as atividades educativas conforme o cronograma da equipe básico de saúde em Vila Esperança.

Descritores: Gravidez de Risco; Maternidade.

ABSTRACT

A high-risk pregnancy is considered in cases (15-20%) of pregnant women suffering from some disease or develop problems after becoming pregnant, they are more likely to risk to the fetus. Typically, gestational hypertension occurs after 20 weeks, as well as diabetes, which usually appears after 26 weeks. Ministry of Health data show that, over the past decade, there was a 27% increase in the number of preterm births in Brazil. Objective with this work to propose an action plan following the method Situational Strategic Planning (PES) to decrease the number of women in high-risk condition in Basic Health Unit of Vila Esperança in the municipality of Contagem / MG. Previously it conducted a situational diagnosis following the method of the Flash Estimate to better understand the coverage area (local data collection) and a literature review on databases such as SIAB and others with high-risk pregnancy descriptor which were selected and reviewed scientific papers, articles and books published between the years 1978 to 2015. With this study we can conclude that the influence of the health professional and your primary care team is determining the full attention focusing pregnant before, during and after the gestational stage in monitoring and control of pregnancy in the first place and reproductive health in general, to improve the quality of these pregnancy pregnant educational activities are to be dedicated as the basic health team schedule in Vila Esperança.

Keywords: Pregnancy risk; motherhood

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BIREME-Centro Latino-Americano e Caribe de Informação Ciências da Saúde

BPN – Baixo peso ao nascer

DMG-Diabetes Mellitus Gestacional

ESF-Estratégia de Saúde da Família

EBS - Equipe Básica de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

NESCON-Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

ONU-Organização das Nações Unidas

PSF- Programa de Saúde da família

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SCIELO- *Scientific Electronic Library Online*

SIAB-Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS-Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População segundo a faixa etária.....	17
Tabela 2: Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade e micro área.....	18
Tabela 3: Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade e micro área.....	18
Tabela 4: Atividades da população com mais de 10 anos de idade.....	19
Tabela 5: Morbidade referida segundo o micro área.....	19
Tabela 6: Mortalidade proporcional por faixa etária.....	20
Tabela 7: Seleção da Prioridade.....	34
Tabela 8: Descritores do problema.....	34
Tabela 9: Planejamento das ações a partir dos nós críticos.....	36
Tabela 10: Análise dos Recursos críticos e atores envolvidos.....	37
Tabela11: Operação saúde.....	38
Tabela 12: Operacao para acompanhamento do projeto.....	39
Tabela 13: Operação saber melhor.....	40
Tabela 14: Operação cuidarmelhor.....	40
Tabela 15: Grávidas de alto risco.....	41

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:**Esquema da área de abrangência da EBS: "Vila Nova Esperança".....14
- Figura 2:** Mapa da Divisão Distrital de Saúde Municipal.....15
- Figura 3:** Rua R, ao fundo Portão da UBS: "Vila Nova Esperança"16

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	123
1.1. Contexto Geral.....	134
1.2. Diagnóstico Situacional.....	178
2 JUSTIFICATIVA.....	224
3 OBJETIVOS.....	237
4 METODOLOGIA.....	248
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	259
5.1 A Gravidez de Alto Risco - Conceitos.....	259
5.2 Fatores de risco na gravidez.....	260
5.3A Gravidez nas extremas idades da vida.....	303
6 PLANO DE AÇÃO.....	336
6.1 Identificação dos problemas da comunidade.....	336
6.2 Priorização dos problemas.....	336
6.3 Descrição e explicação do problema.....	347
6.4 Seleção dos nós críticos.....	338
6.5 Desenho das operações.....	339
6.6 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade.....	340
6.7 Elaboração do Plano Operativo.....	341
6.8 Gestão do Plano.....	342
7CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	425
REFERÊNCIAS.....	437

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico cercado de sentimentos e expectativas para muitas mulheres e seus familiares. A maioria das gravidezes desenvolve-se sem intercorrências, mesmo que com algum risco. Porém determinadas mulheres podem apresentar evolução desfavorável durante o período gestacional, fato que potencialmente leva a complicações na saúde materno-perinatal. A gestação considerada de baixo risco pode mudar de classificação durante a gravidez, já outras são consideradas de alto risco desde as primeiras semanas, por alguma característica materna ou algum outro agravo (BRASIL, 2000).

A gestação é classificada de alto risco quando está relacionada a alguma doença ou sofrimento de agravo, com maior probabilidade de desfecho materno ou fetal desfavorável (BRASIL, 2000).

Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros.

Após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, em 1994, no Cairo, evoluiu o conceito de saúde reprodutiva, ganhando enfoque igualmente prioritário os indicadores de saúde relativos à morbidade, à mortalidade e ao bem-estar geral da população feminina. Esse conceito lança novo olhar, ampliando a cidadania das mulheres para além da maternidade. Aquela diferença estabelece uma gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos de baixo risco ou baixa probabilidade de apresentar esse dano, até o máximo, necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrer danos à saúde. A identificação de indivíduos de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados à saúde, de maneira diferenciada (BRASIL, 2008).

As normas de assistência devem diferir segundo o grau de risco que o indivíduo apresente. Assim, o controle pré-natal da gestante de baixo risco será diferente daquela de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas pré-natais e tipo de equipe que presta a assistência.

O interesse pela gestação de alto risco data da década de sessenta e, como seria de se esperar, despertou a atenção de inúmeros estudiosos, no mundo inteiro.

Para a generalização dos conhecimentos, o primeiro passo era a identificação, em determinada população, daquelas que tivessem fatores de risco. Assim, surgiram inúmeras tabelas e escores na literatura mundial, diferentes entre si, por relatarem realidades de países, ou mesmo regiões diferentes (BRASIL, 2000).

No Brasil, por suas grandes dimensões e, principalmente pelas diferenças sócio-econômico-culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos para as várias regiões. Partindo-se desta constatação, parece ser de maior interesse listarem-se os fatores mais comuns na população em geral. Assim, os fatores geradores de risco podem ser agrupados em quatro grandes grupos, que são: (SCOTT, 2000)

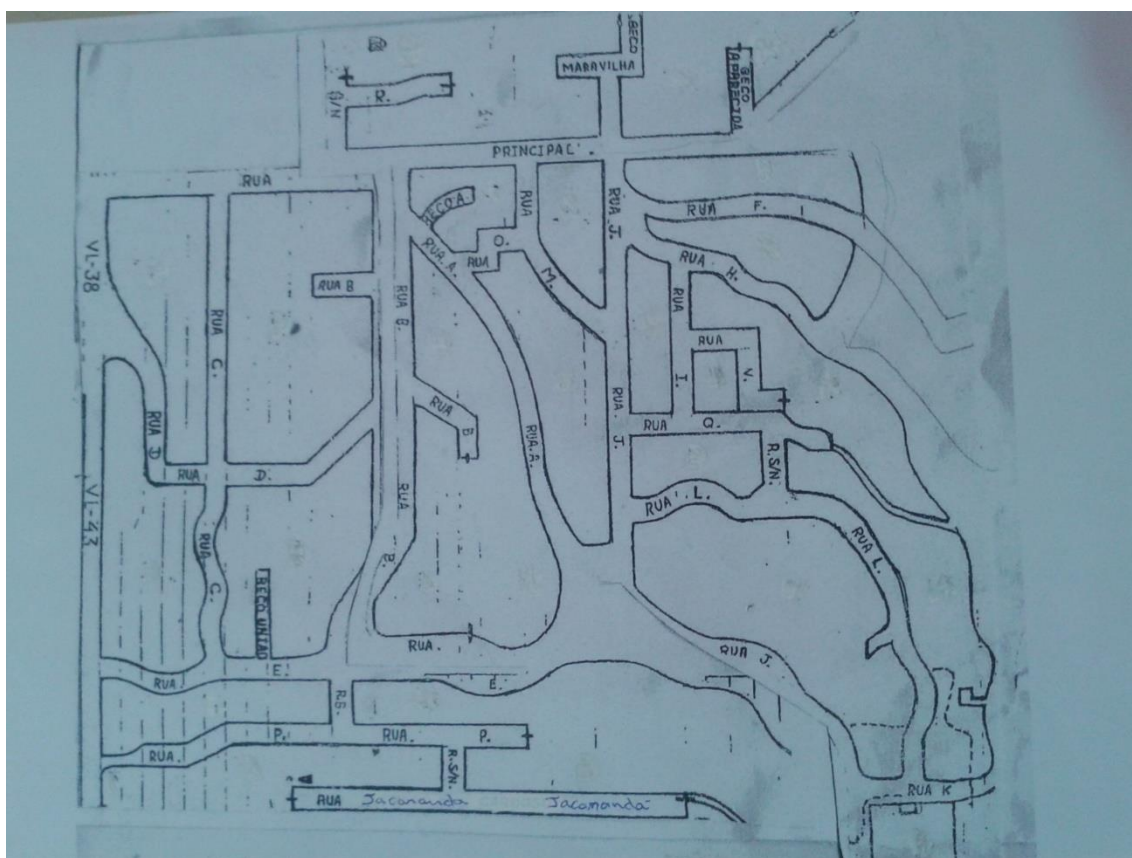
1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis;
2. História reprodutiva anterior à gestação atual;
3. Doenças obstétricas na gestação atual;
4. Intercorrências clínicas.

1.1 Contexto Geral

Vila Esperança é um bairro do município de Contagem, na divisa do município com Esmeraldas, estado de Minas Gerais. Não há um documento oficial que registre a história dessa Vila. Sua história tem início em 1982 com as primeiras inscrições para a distribuição das casas nesse ano. Em 1984, o então prefeito de Contagem, Newton Cardoso; doou moradia a desabrigados e invasores de Contagem e de outras regiões, em uma região até então rural. Estabeleceram-se as primeiras moradias de um conjunto habitacional no qual eram previstos espaços para praças, áreas de lazer e áreas de preservação.

Sua população estimada, em 2014, era de : 3127 habitantes, das quais 1517 (48,51%) eram homens e 1610 (51,49 %) eram mulheres, distribuídos por faixa etária, de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

Figura 1:Esquema da área de Abragencia. Vila Esperança. 2014



Fonte: Autoria Própria (2014).

Nossa unidade encontra-se no Distrito Sanitário Vargem das Flores do citado município.

Figura 2: Mapa da Divisão Distrital de Saúde Municipal



Fonte: Prefeitura Municipal de Contagem (2014).

Nosso centro de saúde oferece serviços de psicologia, nutrição e fisioterapia segundo agenda previamente definida. Não temos atendimento no serviço de

psiquiatra porque a especialista encontra-se de licença maternidade. Os pacientes de nossa comunidade têm acesso a todos os serviços citados.

A unidade de saúde de Vila Esperança foi inaugurada há mais de 15 anos e está situada perto da Rua Principal do bairro com boa acessibilidade.

Figura 3:Portão da UBS: “Vila Esperança”



Fonte: Autoria Própria (2014).

1.2 Diagnóstico Situacional

A área total de Vila Esperança é de aproximadamente 4,8 Km² com uma população de 3127 habitantes para uma densidade: 651 hab./km², o número aproximado de famílias é de 857.

Tabela 1: População segundo a faixa etária na área da equipe 13. Bairro Vila Esperança

Faixa etária	Número	%
Menos de 1 ano	48	1.53
1 a 4 anos	171	5.46
5 a 9 anos	267	8.53
10 a 14 anos	261	8.35
15 a 19 anos	317	10.14
20 a 49 anos	1380	44.14
50 a 59 anos	319	10.20
60 anos e +	364	11.65
Total	3127	100

Fonte: SIAB (2014).

Nossa comunidade tem uma escola pública, uma igreja católica, nove igrejas evangélicas, um supermercado e variado comércio.

A telefonia celular tem boa cobertura, a telefonia fixa está limitada e não temos bancos nem correios em nossa área

Entre os 3127 habitantes da área de abrangência da Vila Esperança, 1517 (48,51 %) são homens e 1610 (51,49 %) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é regular. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A área apresenta elevada concentração do mosquito transmissor da dengue *Aedes aegypti*, constituindo risco de surtos dessa doença. Na Tabela 2 são apresentados os dados sobre instalações sanitárias, por micro área.

Tabela 2: Famílias cobertas por instalações sanitárias da equipe 13. Bairro Vila Esperança

Modalidade	Micro.1	Micro.2	Micro.3	Micro.4	Micro.5	Total
Rede geral de esgoto	182	156	171	161	187	857
Fossa séptica	0	0	0	0	0	0
Fossa rudimentar	0	0	0	0	0	0
Sem instalação sanitária	0	0	0	0	0	0
Total	182	156	171	161	187	857

Fonte: SIAB (2014).

Percebe-se que a rede geral de esgoto é por meio de escoamento de dejetos. Em relação ao lixo a situação é positiva, com a coleta do lixo direto do carro. No abastecimento de água existe um predomínio quase absoluto de rede com água tratada, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Famílias cobertas por abastecimento de água da equipe 13. Bairro Vila Esperança

Modalidade	Micro.1	Micro. 2	Micro. 3	Micro. 4	Micro. 5	Total
Rede geral	82	156	171	161	187	57
Poço ou nascente	0	0	0	0	0	0
Total de famílias	82	56	71	161	187	57

Fonte: SIAB (2014).

A população empregada vive, basicamente, do comércio e das empresas próximas da região de Contagem e de Belo Horizonte. Segundo levantamento realizado pelos ACS por ocasião da atualização do cadastro das famílias, o quadro relativo às atividades da população economicamente ativa (10 anos e mais) na área de abrangência da equipe 13 é o seguinte (Tabela 4).

Tabela 4: Atividades da população com mais de 10 anos de idade da equipe 13. Bairro Vila Esperança

População maiores de 14 anos	2301	100.0
Maiores de 14 anos estudantes	483	20.99
Maiores de 14 anos empregados com carteira assinadas	401	17.42
Maiores de 14 anos empregados em economia informal	419	18.23
Maiores de 14 anos autônomos	107	4.65
Desempregados	253	10.99
Aposentados	421	18.29
Outras situações	217	9.43

Fonte: SIAB (2014).

De janeiro a maio de 2014 ocorreram 96 hospitalizações de usuários da área de abrangência da Equipe 13 de Vila Esperança sendo 27 por gravidez, parto e puerpério; 17 por doenças do aparelho circulatório; 13 por doenças do aparelho respiratório; 04 por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas; 7 por neoplasias e 28 por demais causas. Os dados de morbidade referida estão apresentados na Tabela 5, a seguir.

Tabela 5: Morbidade da equipe 13. Bairro Vila Esperança

Morbidade	Micro.1	Micro.2	Micro.3	Micro.4	Micro.5	Total
Alcoolismo	7	1	9	6	8	1
Doença de Chagas	0	0	2	0	1	5
Deficiência	4	5	4	7	9	29
Epilepsia	5	3	2	4	2	16
Diabetes	6	3	6	4	5	64

Hipertensão arterial	43	61	65	78	93	340
Tuberculose	0	0	2	0	0	2
Hanseníase	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIAB (2014).

A tabela abaixo apresenta os dados sobre mortalidade por faixa etária na área adstrita da equipe 13 da Vila Esperança 2014.

Tabela 6: Mortalidade proporcional por faixa etária da equipe 13. Bairro Vila Esperança

Faixa etária	Número
Menos de 1 ano	0
1 a 4 anos	0
5 a 14 anos	0
15 a 49 anos	1
50 a 59 anos	3
60 anos e +	4
Total	8

Fonte: SIAB (2014).

As principais causas de óbito de residentes na área de abrangência da equipe de saúde da família 13 no período de janeiro a maio de 2014, bairro Vila Esperança, município de Contagem, 2014, foram: doenças do aparelho circulatório (1); doenças do aparelho respiratório (3); causas externas (1); neoplasias (3)

Durante o período Janeiro-Maio 2014, foram realizadas: 1360 consultas médicas, com média mensal de 340 consultas; 840 atendimentos individuais de enfermeiro; 99 curativos; 89 injeções; 37 consultas de pré-natal (médico e enfermeiro).

A unidade de saúde de Vila Esperança foi inaugurada há mais de 15 anos e está situada perto da rua principal do bairro com boa acessibilidade.

Nossa unidade conta com um médico, uma enfermeira, uma técnica de Enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde, uma trabalhadora administrativa e uma auxiliar de serviços gerais.

A recepção no posto de saúde é pequena e existe pouco espaço e poucas cadeiras para todos por isso algumas pessoas tem que aguardar o atendimento em

pé, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (de manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais; pela pouca disponibilidade de outras especialidades. A contrarreferência não é feita na maioria dos casos.

Na realização do diagnóstico situacional da ESF “Vila Esperança”, foram eleitos os principais problemas de saúde do bairro.

A seguir foram avaliados e pontuados os seguintes aspectos: importância, urgência, capacidade de enfrentamento e prioridade. O número elevado de gestantes de alto risco teve a maior pontuação na maioria dos aspectos. No outro momento, começamos a planejar como seria o enfrentamento desse problema escolhido.

Outro passo foi a identificação dos nós críticos envolvidos, e como solucioná-los, os que eram passíveis de solução neste momento. Foi percebido que seria necessário para o enfrentamento do problema a realização de projetos. E que cada projeto exigiria parceiros e parcerias com órgãos públicos e privados. Assim foram distribuídas tarefas para cada membro da equipe e estipulados prazos para avaliação de cada projeto.

2 JUSTIFICATIVA

A mulher com risco para gravidez e o recém-nascido tem maior probabilidade de sofrer intercorrências médicas durante a gravidez e até mesmo após o parto.

Atualmente o não uso dos métodos contraceptivos ou seu desconhecimento, dificuldade a programas de planejamento familiar, além, do início precoce da vida sexual são fatores importantes para o aumento na gravidez de alto risco. É fundamental reconhecer todos os fatores associados à frequência de gestações para assim planejar políticas de saúde eficazes (CAMPOS, 2010).

Em todo caso o profissional de saúde deve tomar condutas corretas diante da gravidez de alto risco, Compreender os sentimentos da doente grávida, a fim de prestar orientações necessárias às famílias, ajudando a lidar com a gestante de risco durante seu atendimento e fundamentalmente proporcionar um melhor entendimento sobre esse tema (CAMPOS, 2010).

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de Gravidez de Alto Risco em nossa comunidade, pelo número importante de gestantes com doenças crônicas e outras situações envolvidas em sua condição que podem provocar alterações na saúde da mãe o recém-nascido e todas suas conseqüências (GARY AENNINGHAM, 2001).

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de ação para diminuir o número de gravidez de alto risco na equipe do Programa de Saúde da Família do Bairro Vila Esperança em Contagem/MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais riscos das grávidas de nossa área de abrangência;
- Elaborar ações de educação para a saúde no reconhecimento dos riscos da mulher na idade fértil;
- Diminuir em 30% a quantidades de mulheres grávidas na condição de gravidez alto risco.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme a uma revisão narrativa da literatura sobre o tema nos textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do CEABSF (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional para identificar os problemas de saúde da comunidade de Vila Esperança pelo método da estimativa rápida por meio das visitas domiciliares, consultas no consultório da unidade, entrevistas e observação ativa foi possível saber sobre os principais problemas e priorizar os de maior importância.

A revisão de literatura requer o emprego de metodologias adequadas, assim será empregada a pesquisa bibliográfica como base metodológica. Também foram realizadas consultas ao SIAB e identificado um aumento de casos de gestações de alto risco. Foram coletados dados da biblioteca virtual em saúde (SciELO e Bireme), sites da OMS e IBGE, além de pesquisa em livros e revistas. Foram utilizados os descritores: gravidez de alto risco, gravidez e maternidade.

A consulta às bases de dados foram realizadas entre os meses de dezembro de 2013 à abril 2014, cujo os critérios de inclusão foram: Artigos nacionais publicados na íntegra entre 2000 e 2015, no idioma português e que tivessem conteúdo sobre gravidez de risco.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Gravidez de Alto Risco - Conceito

Toda gestação traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número delas esse risco está muito aumentado e é então incluído entre as chamadas gestações de alto risco. Desta forma, pode-se conceituar gravidez de alto risco "aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada" (BRASIL, 2000).

Como é um fenômeno fisiológico a gestação, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco". As gestantes de alto risco representam 15% das grávidas. É essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para reconhecer os riscos e encaminhar a gestante de forma efetiva para o serviço de maior complexidade. Os casos específicos podem ser acompanhados no nível primário, mas se um cuidado mais complexo for necessário, com técnicas especializadas, eles devem ser encaminhados para o nível secundário ou terciário, para melhor avaliação da equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2000).

As situações listadas a seguir, embora de risco, devem ser abordadas, quanto ao atendimento especializado, na dependência da estruturação dos serviços locais. De maneira geral, são inicialmente atendidas no nível primário, e referenciadas posteriormente, se necessário, para níveis mais complexos de atenção. Na atenção às gestantes ditas de "baixo risco", deve-se atentar para o aparecimento ou agravamento dos referidos fatores. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido (BRASIL, 2006).

5.2 Fatores de risco na gravidez

Em se tratando de saúde, o fator de risco é qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde, a exemplo dos múltiplos fatores causais das doenças cardiovasculares. O termo risco popularmente, além do sentido de possibilidade ou chance (oportunidade), tem o sentido de perigo. Risco, em epidemiologia é a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado. Desta forma estima-se o risco ou probabilidade de que uma doença exista através dos coeficientes de incidência e prevalência. Para OMS (1988) o fator de risco de um dano são todas as características ou circunstâncias que acompanham um aumento de probabilidade de ocorrência do fato indesejado sem que o dito fator tenha intervindo necessariamente em sua causalidade (ROUQUAYROL, 1994).

Uma das definições mais comuns da epidemiologia é que esta é o estudo da distribuição das doenças e dos determinantes de sua prevalência nas populações humanas (MACMAHON; PUGH, 1960).

De acordo com Rothman (2011) infelizmente em epidemiologia e mesmo na literatura erudita, o termo "risco" é usado para muitos conceitos distintos: taxa, razão de taxas, risco relativo, chances (em inglês *odds*) de incidência, prevalência, etc. Segundo ele a definição mais específica e, portanto mais útil, de risco é "probabilidade de um evento ocorrer durante um período especificado".

As investigações epidemiológicas de causalidade em epidemiologia geram resultados que apontam para os riscos a que uma pessoa está sujeita. Em termos gerais, a probabilidade de adoecer ou sofrer as conseqüências de uma patologia está associada à presença (ou ausência) dos fatores de risco em um determinado local e momento. A probabilidade de um dano vir a ocorrer num futuro imediato ou remoto, pode ser estimada para um fator de risco isolado ou para vários simultaneamente (etiologia multicausal). Subgrupos específicos de pessoas expostas à riscos equivalentes podem ser identificados na população e estes riscos calculados e expressos das seguintes formas (PEREIRA, 2005)

- **RISCO ABSOLUTO** (ou taxa de incidência): mostra quantos casos da doença aparecem no grupo em um dado período. Esta é uma forma adequada e relativamente simples de quantificação de riscos. Ela alcança ainda maior

significado quando comparada com os resultados obtidos, de maneira semelhante em um outro grupo de indivíduos. Esta comparação é alcançada pelo cálculo dos riscos relativo e atribuível.

- **RISCO RELATIVO (RR):** Informa quantas vezes o risco é maior em um grupo, quando comparado a outro.

RISCO ATRIBUÍVEL (RA) (à exposição): Indica a diferença de incidências entre os dois grupos, diferença que é atribuída à exposição ao fator de risco (PEREIRA, 2005).

1- Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor que 17 e maior que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

2 - História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos;
- Nuliparidade e Multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Cirurgia uterina anterior.

3- Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclampsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

4- Intercorrências clínicas:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endrocrinopatias;
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas;
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias.

A mortalidade infantil por causas originárias do período peri-natal vem aumentando no Brasil. Sabe-se que esses óbitos são preveníveis em sua maioria, mas para tal é necessária participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter resultados satisfatórios. Isso foi possível pela ação organizada, ampla, integrada e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis (BRASIL, 2008).

Na revisão da literatura existem muitos exemplos que evidenciam as relações entre os fatores acima descritos (isolados, mesmo assim como associados entre eles) e suas desfavoráveis consequências, mas só nos referiremos a alguns deles.

As mães adolescentes apresentaram piores condições socioeconômicas, reprodutivas e resultados perinatais adversos quando comparadas com outras faixas etárias. Foram identificados como fatores de risco associados com baixo peso ao nascer (BPN), a falta de assistência pré-natal, tabagismo durante a gravidez. Interação da idade materna foi identificada com o estado civil: mães adolescentes sem companheiro apresentaram maiores proporções de baixo peso ao nascer. A adolescência foi um fator de risco para o BPN apenas para mães sem parceiros. Fumar durante a gravidez e a falta de cuidados pré-natais foi considerado fatores de risco independentes para o BPN (GUIMARÃES, 2015).

Muitos fatores biológicos associam-se à gravidez de alto risco, como a doença periodontal crônica, patologia infecciosa desencadeada predominantemente por microrganismos anaeróbios gram negativos que colonizam a região subgengival, podendo disseminar para outras partes do organismo, atingindo níveis sistêmicos. As alterações hormonais, comportamentais, na composição da placa bacteriana e na resposta imunológica que caracterizam a gestação tornam mais propensas o aparecimento e o agravamento da doença periodontal. Nesse período, essa patologia oral pode ser apontada como fator de risco para a ocorrência de parto prematuro e nascimento de bebês de baixo peso (DOURADO, 2012).

Com relação à adolescência que é uma fase da vida entre a infância e a idade adulta, é marcada por um processo com sucessivas modificações de crescimento e de desenvolvimento biopsicossocial, em que o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente, quando, muitas vezes, ocorre o início da vida sexual (NERY, 2011).

Nos últimos anos, ocorreram muitas mudanças quanto ao comportamento dos indivíduos, particularmente no que se refere ao aumento da atividade sexual entre os adolescentes, levando a um aumento de gravidez muitas vezes não planejada (GRADIM, 2010).

A gestação em adolescentes encontra-se associada à baixa adesão ao pré-natal, o que pode ocasionar maior prevalência de recém-nascido de baixo peso, parto pré-termo e aumentar a necessidade de suporte psicossocial ocasionado pelo estresse da gravidez nessa fase da vida (MARTINS, 2011).

A Hipertensão arterial complica a 5-7% das gravidezes, constituindo uma causa importante de morbidade materna e fetal (CRUZ, 2005).

A pré-eclampsia é a principal causa de nascimentos prematuros e representa um marcador precoce para o desenvolvimento de futuras doenças cardiovasculares e metabólicas, ao atingir a idade adulta (LÓPEZ, 2006).

A Diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. No Brasil, estima-se prevalência de 2,4% a 7,2%, dependendo do critério utilizado para o diagnóstico (SCHMIDT, 2001).

A gestante portadora de DMG não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré-termo, feto com apresentação pélvica e feto macrossômico (YANG, 2002). Há também risco elevado de pré-eclâmpsia nessas pacientes (PETTITT, 2001).

Com relação ao feto, além da macrossomia, o risco para o desenvolvimento de síndrome de angústia respiratória, cardiomiopatia, icterícia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e policitemia com hiperviscosidade sanguínea, encontra-se fortemente aumentado (JONES, 2001).

O resultado perinatal está diretamente relacionado ao controle metabólico materno, com evidência de 52,4% de macrossomia, 14,3% de óbito fetal e 8,2% de má formações em gestantes com controle metabólico não adequado, caracterizado por média glicêmica superior a 130 mg/dl no terceiro trimestre (RUDGE, 1995).

5.3 A Gravidez nas extremas idades da vida

O período fértil é considerado entre 15 e 49 anos, e atinge o seu máximo entre 20 e 35 anos; Estima-se como promédio que uma mulher sem não regula a sua fertilidade pode ter cerca de 15 crianças, esta poderá ser afetada pela perda de ovos fertilizados ou abortos espontâneos que ocorrem nas primeiras quatro semanas, o que faz que o número médio de crianças é entre quatro e nove filhos (ÁLVAREZ, 2001).

Segundo a literatura médica universal, a gravidez em mulheres com mais de 35 e menos de 19 anos traz complicações de alto risco materno-fetal binomial, como grupos de risco nas extremas idades da vida (HERNÁNDEZ, 2001).

Como o próprio nome define a gravidez na adolescência, consiste na gravidez de uma adolescente. Apesar da Organização Mundial de Saúde considerar a adolescência como o período de dez a vinte anos na vida de um indivíduo, cada país especifica a idade em que seus cidadãos passam a ser considerados adultos (a chamada maioridade legal) ainda podendo ser influenciados localmente por fatores culturais.

Como fator fundamental para a ocorrência da gravidez está a ocorrência da menarca, o primeiro período menstrual, que ocorre próximo aos 12, a 15 anos, embora este valor varie de acordo com a etnia e peso (TREFFERS, 2003).

A média de idade da ocorrência da menarca tem e continua diminuindo como o passar dos anos. Mesmo a fertilidade levando a gravidez precoce, ainda há uma série de fatores que influenciam, tanto sociais e pessoais. Mundialmente, as taxas de gravidez na adolescência varia entre 143 para 1000 na África subsaariana, a 2,9 para 1000 na Coreia do Sul. No Estado de São Paulo, desde o final dos anos 1990 houve uma redução na fecundidade adolescente. Dados da Fundação Seade indicam uma redução de 20% na taxa de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos, no primeiro quinquênio dos anos 2000 (UNICEF, 2003).

A gravidez na adolescência envolve muito mais do que problemas físicos, pois há também problemas emocionais, sociais, entre outros. Uma jovem de 14 anos, por exemplo, não está preparada para cuidar de um bebê, muito menos de uma família. Entretanto, o seu organismo já está preparado para prosseguir com a gestação, já que, a partir do momento da menstruação, a maturidade sexual já está estabelecida. Outra polêmica, é o de mães solteiras, por serem muito jovens os rapazes e as moças não assumem um compromisso sério e na maioria dos casos quando surge a gravidez um dos dois abandona a relação sem se importar com as consequências. Este é apenas um dos motivos que faz crescer consideravelmente a cada ano o número de pais e mães jovens e solteiros (BRANDÃO, 2014).

Gravidez em mulheres com 35 anos ou mais é mais comum nestes tempos, devido a várias circunstâncias que atrasam a gravidez, como a conclusão de uma carreira ou ensino superior, espera de um melhor status emocional ou de emprego, realização de determinados objetivos, ou, por outro lado, a obtenção de certos bens materiais. Tudo isso, juntamente com o aumento da expectativa de vida, faz com que em mulheres muitas vezes atrasam a maternidade. Enquanto a gravidez em mães mais velhas de uma certa idade, carrega o benefício de um melhor

atendimento (maior segurança no emprego), maturidade e responsabilidade por parte dos pais, muitos desses pacientes transportar um número de condições médicas que afetam a saúde mãe e produto. Além disso, a gravidez pode ser afetada por um outro conjunto de factores intrínsecos ou extrínsecos, tais como este, também são apresentados em outros grupos etários (HERNÁNDEZ, 2003).

Estudos estatísticos mostram que em países subdesenvolvidos como Panamá, Chile e Equador, cerca de 35 % das mulheres com 35 anos e mais engravidam, um fenómeno favorecido por taxas de pobreza e de desemprego, não é assim em outros países com grande desenvolvimento como EUA, França e Canadá, onde a fertilidade nesses anos é mínima e se torna 15% (SALIHU, 2003).

Em um estudo realizado na Argentina, em grávidas de 40 anos e mais, foi encontrada uma maior frequência de hipertensão, oligohidramnios, observou-se diferentes tipos de diabetes e baixo peso ao nascer (VILLAR, 1999).

Outro ponto a ser considerado em relação à idade em que as mulheres dão à luz pela primeira vez tem a ver com o aumento do risco de câncer de mama que envolve a idade avançada da mãe. A explicação para a ligação entre câncer de mama e da idade em que as mulheres têm seu primeiro filho pode ser encontrada nas palavras do zoólogo australiano Steven N. Austad:

“Hormônios do sexo feminino (estrogênio e progesterona) aumentam o risco de câncer de mama, causando uma proliferação de células que revestem determinados ductos mamários (duto de leite chamados) durante a última parte do ciclo menstrual, quando o corpo feminino se prepara para gravidez”(AUSTAD; 2000, p.11-12).

Esta proliferação celular é a culpa para o aumento do risco de uma mutação nas células dos ductos de leite que podem levar ao aparecimento de ocorrer um tumor.

“Após o parto as células dos ductos de leite da mama mais experimentar esses ciclos menstruais de rápida divisão celular e morte. Eles se especializam na produção de leite e continue, pelo que a probabilidade de que surjam as possíveis mutações de diminuir consideravelmente. É por isso que, quanto menor a idade da primeira gravidez a termo, também diminuem as chances de uma mulher de sofrer de câncer de mama” (AUSTAD; 2000, p.12-13).

6 PLANO DE AÇÃO

Na elaboração do plano de ação as informações foram coletadas mediante o método de estimativa rápida. Realizaram-se entrevistas com usuárias. Também foi feita observação ativa pelos membros da EBS, fundamentalmente pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). A observação incluía opiniões com relação higiene pessoal, condições de saneamento básico. Além destas informações foram pesquisados dados secundários da secretaria de saúde, da unidade de saúde, da ficha A e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

6.1 Identificação dos Problemas da Comunidade

Baseado nas informações coletadas foi possível conhecer melhor o território e a área de abrangência. Foram identificados como principais problemas na comunidade:

- Número elevado de gestantes de alto risco;
- Alto índice de neoplasias;
- Baixa cobertura dos exames preventivos;
- Baixa adesão ao tratamento dos pacientes com doenças crônicas;
- Insuficiência familiar dos pacientes idosos.

6.2 Priorização dos Problemas

O principal critério utilizado para escolha das prioridades foi a governabilidade sobre o problema tendo em conta que a capacidade de enfrentamento é parcial. Também foi considerada a percepção das entrevistadas sobre estes problemas. A escolha do número elevado de gestantes de alto risco como primeira prioridade foi baseada no seu alto grau de importância, já que ele está entre as principais causas de desconforto da saúde reprodutiva de modo geral e em nossa área de modo particular.

Tabela 7: Identificação e Seleção da prioridade. Equipe 13. Bairro Vila Esperança.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Número elevado de gestantes de alto risco.	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de neoplasias.	Alta	7	Parcial	2
Baixa cobertura dos exames preventivos.	Alta	5	Parcial	2
Baixa adesão ao tratamento dos pacientes com doenças crônicas.	Alta	5	Fora	3
Insuficiência familiar dos pacientes idosos.	Alta	4	Fora	4

Fonte: ESF 13. Vila Esperança, 2014.

6.3 Descrição e explicação do problema

Temos nestes momentos 46 grávidas e todas com algum tipo de risco as más importantes para gravidez:

Adolescentes, idosas, fumantes, doentes crônicas, com consumo de álcool, e câncer de mama. Na maioria tem vários riscos associados.

Essas situações constituem causas prováveis de baixo peso ao nascer, abortos, partos prematuros e óbitos natais e neonatais, mesmo assim como morte materna.

Tabela 8: Descritores do problema. Equipe 13. Bairro Vila Esperança

Descritores	Valores	Fontes
Grávidas esperadas	19	SIAB
Grávidas cadastradas	46	ESB
Grávidas confirmadas	46	ESB

Grávidas acompanhadas conforme	46	ESB
Grávidas controladas	46	ESB
Grávidas com doenças crônicas	9	ESB
Grávidas obesas	4	ESB
Grávidas com situação econômica desfavorável	15	ESB
Grávidas fumantes	4	ESB

Fonte: ESF 13. Vila Esperança, 2014.

6.4 Seleção dos Nós Críticos

O nó crítico precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos (DIAS; SAVASSI, 2007).

- Falta de conhecimento das pacientes em relação às condições biosocioeconômicas ótimas para decidir sua gravidez;
- Baixo controle das doenças crônicas;
- Baixo nível educacional.

6.5 Desenho das operações para os nós críticos do problema

No momento em que o problema, ou seja, os nós críticos são explicitados, é possível pensar e desenvolver as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Baseado nestas situações na tabela 9 indicou as propostas para solucionar os principais nós críticos evidenciados.

Tabela 9: Planejamento das ações a partir dos nós críticos

Nós críticos	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta da informação das pacientes em relação às condições ótimas para começar sua gravidez	Informar às grávidas em relação às condições ótimas para engravidar.	Diminuir em 30% o número de grávidas com alto risco	Programa de palestras, campanha na radio e criação de grupo.	Político. Locais: Postos de Saúde, centros de associações Financeiros. Recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Não controle das doenças crônicas	Aumentar o controle das doenças crônicas nas mulheres na idade fértil e toda a população	Gestantes mais informadas sobre risco de doença crônica.	Avaliação do nível de informação das gestantes com alto risco	Cognoscitivos. Conhecimento sobre estratégias de comunicação pedagógica. Político, mobilização social.
Baixo nível educacional	Melhorar o nível educacional.	Aumentar o nível educacional.	Capacitação pessoal das gestantes	Financeiro Recursos audiovisuais, folhetos educativos

Fonte: ESF 13. Vila Esperança, 2014.

Conhecendo os nós críticos, deve-se elaborar ações com os atores envolvidos, os recursos necessários e os resultados esperados (tabela 11).

6.6 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade do plano

Para avaliar a viabilidade do plano devemos ter em conta sua determinação, na motivação dos atores envolvidos para o planejamento e a implementação das operações. Aqui é necessário identificar os atores que controlam os recursos críticos, avaliar a motivação dos mesmos e descrever as possíveis ações estratégicas para realização do plano em si. Desta forma, na viabilidade do plano, identificam-se os possíveis atores críticos necessários para a operação das realizações além de planejar as ações necessárias para instruir e motivar os atores envolvidos nas ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O seguinte passo é determinado pela análise dos recursos críticos, na identificação dos atores que controlam estes recursos bem como seus posicionamentos e na elaboração das estratégias de ação.

O recurso crítico para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema de alto número de gestantes com alto risco.

Tabela 10: Análise dos Recursos críticos e atores envolvidos.

Operações /projetos	Recursos críticos	Política de articulação entre os setores educativos e assistenciais de saúde	Ação estratégica
Saúde. Informar aos pacientes não grávidas com relação às condições ótimas para começar sua gravidez	Políticos locais. Postinhos de saúde comunidades, financeiros. Recursos audiovisuais folhetos educativos.	Setor de comunicação o social. Secretario de saúde. Motivação favorável aos gestores e financiadores	Apresentar projeto á gerencia de saúde aos financiadores e gestores
Saiba mais Conhece as doenças crônicas e sua relação com a gravidez	Aumentar o nível de informação da população sobre doenças crônicas e sua relação com a gravidez.	Político: articulação com a secretaria de educação. Motivação favorável aos	Apresentar projeto apoio das associações aos gestores e financiadores

		gestores e financiadores.	
Cuidar melhor. Estruturar os controles de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.	Político decisão de aumentar os recursos para estruturar os cuidados e serviços.	Prefeito municipal secretaria municipal de saúde secretaria. Motivação favorável e compatível aos projetos distritais e municipais.	Apresentar projeto de estrutura o da rede aos gestores e financiadores através de reuniões e palestras.
Linha de cuidado. Reorganizar o processo de trabalho intersetorial para melhorar a efetividade das ações educativas.	Político de articulação entre os setores educativos e assistenciais de saúde.	Secretaria municipal de saúde e educação	Apresentar projeto de estrutura o da rede aos gestores e financiadores Através de reuniões e palestras

Fonte: ESF 13. Vila Esperança, 2014.

6.7 Elaboração do plano operativo

Na elaboração do plano operativo elegemos os responsáveis por cada operação e os prazos necessários para realização dos projetos (tabela 11).

Tabela 11: Plano operativo. Equipe 13

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar hábitos e estilos de vida em relação ao autocuidado da saúde	Diminuir o numero de pacientes com gravidez de alto risco.	Criar grupos de pacientes com gravidez de alto risco. Realizar palestras aos grupos operativos.	Equipe de saúde da família coordenação de AB.	Trinta dias para as atividades.
Saber Aumentar o nível de informação da população sobre	População e mulheres em idade fértil mais informada sobre	Avaliação do nível de informação da população e mulheres em idade fértil	Equipe de saúde da família.	Início em um mês ações educativas de trinta em trinta dias. E avaliação em

gravidez de alto risco e suas complicações	gravidez de alto risco e suas complicações	sobre gravidez de alto risco e suas complicações através de Palestras e capacitação das agentes comunitárias de saúde.		três meses.
Cuidar melhor. Atendimento agendado das gestantes de alto risco	Controle dos riscos e doenças na etapa antes e durante da gravidez.	Gerar consultas, agenciamentos domiciliar dinâmicas em saúde.	Equipe da saúde.	Ação contínua
Linha de cuidado	Cobertura de 100% das grávidas com alto risco.	Linha de cuidado para grávidas com alto risco.	Equipe de saúde da família.	Ação contínua.

Fonte: ESF 13. Vila Esperança, 2014.

6.8 Gestão do plano

1. Desenhar um modelo de gestão em saúde do plano de ações.
2. Discutir e definir o processo de acompanhamento respectivos instrumentos.

Tabela 12: Operação para acompanhamento de projeto. Equipe 13

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Criação grupo operativo de pacientes grávidas com alto risco	Médico e Enfermeira	90 dias	Em criação do grupo operativo	Operação estratégica organizativa
Controle e avaliação das medidas higiênicas, dietéticas e sanitárias.	Médico e Enfermeira	90 dias	Garantido em cada encontro	Avaliar ações de intervenção
Palestras	Médico e		Segunda	Aumentar o nível

educativas de trinta em trinta dias.	Enfermeira	90 dias	programação	educativo e cultural
Atendimento especializado 90 dias	Médico e Enfermeira em coordenação com pré-natal de alto risco	90 dias	Cumprido em cada encontro	Acompanhamento segunda necessidade de atendimento especializado

Fonte: ESF 13. Vila Esperança, 2014.

Tabela 13: Operação saber. Equipe 13

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Avaliação das gestantes sobre o conhecimento da gravidez de alto risco.	Médico e Enfermeira	30 dias	Em elaboração roteiro de avaliação e aplicação	Guia de aplicação
Palestras educativas.	Médico	De 30 em 30 dias	Plano de palestras elaborado por encontro.	Facilitação de ensino específico
Capacitação às ACS.	Médico e Enfermeira	30 dias	Projeto de capacitação elaborado para ACS capacitadas.	Aumentar pessoas envolvidas no projeto

Fonte: ESF 13. Vila Esperança, 2014.

Tabela 14: Operação cuidar melhor. Equipe 13.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Atendimentos agendados de pacientes grávidas com alto risco.	Médico e enfermeira	Em todos os meses	A cumprir	Avaliar e acompanhar
Exames complementares segundas necessidades.	Médico	Segundas necessidades da avaliação	Processo de cumprimento segundo o agendamento.	Atender, avaliar e acompanhar

Fonte: ESF 13. Vila Esperança, 2014.

Em relação ao plano da ação se definiram os objetivos, resultados esperados com a realização do projeto. As intervenções propostas apresentam-se compatíveis com os problemas identificados. Portanto, espera-se que o percentual de gestantes de alto risco atendidas a EBS Vila Esperança seja reduzido no prazo de 12 meses, como consequência à aquisição de informações sobre a saúde das gestantes de nossa população. Pretende-se realizar nova coleta de dados, de modo periódico, representado na tabela a fim de avaliar os resultados e a necessidade de alterações ao longo do projeto.

Tabela 15: Grávida de Alto risco. Equipe 13

Indicadores	Abril 2014	Outubro 2014	Abril 2015
Grávidas cadastradas	46	39	31
Grávidas confirmadas	46	39	31
Grávidas com alto risco	32	27	22

Fonte: ESF 13. Vila Esperança, 2014.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o impacto na qualidade de atendimento das grávidas é muito importante tendo em conta que, para atingi-lo, é preciso a adoção de medidas coletivas, medidas individuais como as mudanças nos hábitos de vida e apoio da família para a manutenção do regime terapêutico. Enfim, um conjunto de condições coincidentes para a promoção de saúde da gestante de risco.

Todos os anos, 16 milhões aproximadamente de meninas com idades entre 15 a 19 de idade, sendo responsável por quase 11% de todos os nascimentos no mundo. A grande maioria dos nascimentos das adolescentes são registrados em países em desenvolvimento. O risco de morrer de causas relacionadas à gravidez é muito maior nas adolescentes do que em mulheres mais velhas.

Consideramos a necessidade da realização desse projeto, pois na área estudada comporta-se um alto índice de grávidas cadastradas com a condição de alto risco. A intervenção irá incentivar a adesão às condutas preventivas e de planejamento da gravidez para uma melhor qualidade da assistência à gestação.

É fundamental que a equipe de saúde da família promova modificações de estilo de vida no processo profilático, terapêutico e na prevenção da Gravidez de Risco, considerando:

- A alimentação adequada, o controle de doenças pré-existentes, a higiene íntima e sexual, todos esses fatores que devem ter um adequado seguimento e controle;
- As atividades educativas conforme a programação do cronograma equipe básico de saúde da EBS Vila Esperança;
- A intervenção do profissional e sua equipe de saúde durante a etapa gestacional no seguimento e controle da gravidez;

A melhoria na qualidade da assistência à gestação nos dará o prazer pelo cumprimento enquanto profissional e nos enriquecerá enquanto seres humanos, transmitindo segurança à gestante e na saúde da mulher em geral.

REFERÊNCIAS

- ÁLVAREZ SINTES, R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: 2ed. Editorial **Ciências Médicas**, 2001:256-258.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Formulário terapêutico nacional 2008: Rename**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2008.
- BRANDÃO, M. **A mãe solteira e as questões legais** (em português) Abril. Bebe.com.,2011. Visitado em 05 de agosto de 2014.
- CAMPOS, F. C. C.;FARIA,H. P.; SANTOS, M. A.**Planejamento e avaliação das ações em saúde**.NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- CECILIO,L.C. O.Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental In: MERHY, E. E.; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.
- CRUZ, L. G. M. *et al*.Comportamiento del bajo peso al nacer. Hospital Docente Vladimir I. Lenin. 1999-2003. **Correo Científico Médico de Holguín** 2005; 9 (2).
- DIAS, R. B.; SAVASSI, L. C. M. **Planejamento de Ações na Equipe**. Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF), 2007. Disponível em:< [http:// www.smmfc.org.br/gesf](http://www.smmfc.org.br/gesf)> Acesso em: março de 2014.
- DOURADO, K. L. *et al*. Relação direta da doença periodontal com o nascimento de bebês de baixo peso e partos prematuros. **Perionews**; 6(5) :529-532, 2012.
- GARY, A. F.**Obstetrícia**: 20ma Edición, 2001: 1046-1048.
- GRADIM, C. V. C.;FERREIRA,M. B. L.;MORAES,M. J. O perfil das grávidas adolescentes em uma unidade de saúde da família de Minas Gerais. **Revista APS** 2010; 13:55-61.
- GUIMARÃES, M. D. N. *et al*.Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? **Rev. Saúde Pública**. 2013. Fev; 47(1): 11-19.
- HERNÁNDEZ CABRERA, J.*et al*. Resultados perinatales y maternos de losembarazosenedad madura. **Rev. CubanaObstetGinecol** 2003; 29(2)
- JONES, C. W. **Gestational diabetes and its impact on the neonate**.Neonatal Netw.2001;20:17-23.
- MACMAHON, L. K.; BRIAN, P. L.; THOMAS, F. **Principios y métodos de epidemiologia**. México, La Prensa Médica Mexicana, 1970
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176

MARTINS, M. G. *et al.* Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Ver BrasGinecolObstet**, 2011; 33:354-60.

MONROYVELASCO, A.; AGUILAR, G. J. A.; MORALES, G. M. N. **Saúde, sexualidade y adolescência**. México: Editorial Pax México; 2004.p.78-259.

NERY, I. S. *et al.* Reincidência de gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev Bras Enferm** 2011; 64: 31-7

LÓPEZ, Y.; CARVAJAI, Z.; AROCHA-PIÑANGO, C. L. Parámetros hemostáticos en placenta de pacientes con embarazo normal y con pre-eclampsia severa. **InvestClín** 2006;47 (3).

PETTITT, D. J. The 75-g oral glucose tolerance test in pregnancy. **Diabetes Care**. 2001;24:1129.

RUDGE, M. V. C. *et al.* Perspectiva perinatal decorrente do rígido controle pré-natal em gestações complicadas pelo diabetes. **Ver BrasGinecol Obstet**. 1995; 17:26-32.

SALIHU, H. M. *et al.* Childbearing beyond maternal age 50 and fetal outcomes in the United States. **ObstetGynecol** 2003;102:1006-1014

SCHMIDT, M. I. *et al.* Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2-h 75-g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. **Diabetes Care**. 2001; 24:1151-5.

SCOTT, R. J.; DI SAIA, P.; HAMMOND, C. H. **Tratado de Obstetrícia y Ginecología**. Danforth: 8va Edición, 2000: 361

TREFFERS, P.E. **Teenage pregnancy, a worldwide problem**. 147(47), 2320-5, 2003. Retrieved July 7, 2006.

VILLAR LUNA, A. T. *et al.* Baixo Peso ao nascer no Hospital Dr. Luis E. Aybar **ActMed Dom** 1999; 15: 56-60.

YANG, X. *et al.* Women with impaired glucose tolerance during pregnancy have significantly poor pregnancy outcomes. **Diabetes Care**. 2002;25:1619-24.

