

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

MARIO DAVID SANTOS MOJARRIETA

**PLANO DE AÇÃO: PROMOÇÃO DO PRÉ-NATAL PELA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA BRANCO DO MUNICÍPIO ITACARAMBI EM MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

MARIO DAVID SANTOS MOJARRIETA

**PLANO DE AÇÃO: PROMOÇÃO DO PRÉ-NATAL PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA BRANCO DO MUNICÍPIO ITACARAMBI EM
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dr^a Ana Maria Costa da
Silva Lopes

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

MARIO DAVID SANTOS MOJARRIETA

**PLANO DE AÇÃO: PROMOÇÃO DO PRÉ-NATAL PELA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA BRANCO DO MUNICÍPIO ITACARAMBI EM MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Professora: Ana Maria Costa da Silva Lopes (orientadora)

Professora: Maria Dolores Soares Madureira (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de dezembro de 2015

DEDICATÓRIA

À minha esposa, pela compreensão e apoio.

A meus filhos, meus grandes amores.

A toda minha família, fonte de carinho e estímulo.

A meus professores e tutores pela atenção e orientação.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Ana Maria Costa da Silva Lopes, pelas contribuições essenciais para a concretização deste trabalho. Obrigada pela paciência e estímulo, para a conclusão do projeto.

A toda equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Central e aos pacientes motivações desse estudo e plano de intervenção.

Aos amigos, professores brasileiros e colegas cubanos, pela compreensão, respeito e dedicação ao curso.

Às tutoras Renata Damasceno e Ana Cristina Couto Amorim que sempre estiveram ao meu lado na construção e concretização de meus objetivos.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e a todos os professores que fizeram parte da minha formação.

Ao povo Brasileiro por esta maravilhosa experiência.

A Deus por tudo.

“Não se esqueça que o amor, tal como a medicina, é só a arte de ajudar a natureza”.

([PierreLaclos](#))

RESUMO

A gravidez traz consigo um elevado risco de morbimortalidade materna e infantil. Complicações na gestação e parto tem sido a principal causa de morte de mulheres em idade fértil em diversos países do mundo. Por isso é muito importante que o pré-natal comece cedo. O objetivo do trabalho foi elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de começar a atenção pré-natal nas dez primeiras semanas da gestação, na área de abrangência da equipe de saúde branco, do município Itacarambi. Visando caracterizar as causas do início do pré-natal tardio se fez necessário identificar projetos importantes em relação ao tema e apresentar propostas que auxiliem a redução do início da atenção pré-natal de forma tardia. Utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional apontando as repercussões que podem ter para a grávida como para criança aqueles fatores de risco ou doenças que não forem diagnosticados e tratados adequadamente durante a atenção pré-natal. Tais intervenções promovem uma redução significativa de parto prematuro e baixo peso ao nascer. Nesse sentido o plano de ação visa reduzir o início do pré-natal tardio e aumentar a qualidade de atenção a mulheres gestantes.

Palavras chave: Pré-natal, Equipe de Saúde da Família, Gestantes.

ABSTRACT

Pregnancy brings with it a high risk of maternal and child morbidity and mortality. Complications during pregnancy and child birth has been the leading cause of death for women of child bearing age in several countries. So it is very important that prenatal start early. The objective was to develop an intervention project in order to start prenatal care in the first ten weeks of pregnancy, in the catchment area of the white health team, the city Itacarambi. In order to characterize the causes of the late prenatal it became necessary to identify important projects regarding the issue and submit proposals to assist the reduction of prenatal care late. We used the method of Strategic Planning Situational pointing out the repercussions it may have for the expectant mother and child to those risk factors or diseases that are not properly diagnosed and treated during pregnancy's care. The plan promotes the level of intervention a significant reduction of premature birth and low birth weight. In this sense, the action plan aims to reduce the onset of prenatal care late and increase quality of care to pregnant women.

Key Words: Prenatal, Health Team of the Family, Pregnant.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SUDENE.	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
ESF	Equipe de Saúde da Família.
ACS	Agentes comunitários de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
APS	Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 Aspectos Demográficos do Município.....	16
Gráfico 1 Total da População cadastrada.....	17
Quadro 2 Micro área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Branco	19
Quadro 3 Distribuição de pessoas atendidas pela Equipe de Saúde da Família Branco por faixa etária e sexo.....	19
Quadro 4 Famílias cadastradas pela Equipe de Saúde Branco.....	20
Quadro 5 Pessoas em idade escolar e alfabetizados.....	20
Quadro 6 Materiais utilizados para construção de vivendas.....	20
Quadro 7 Destino do Lixo.....	21
Quadro 8 Fonte de abastecimento da água.....	21
Quadro 9 Tratamento da água.....	21
Quadro 10 Destino dos resíduos.....	21
Quadro 11 Procura de assistência em caso de doença.....	22
Quadro 12 Grupos Comunitários.....	22
Quadro 13 Meios de Comunicações.....	22
Quadro 14 Meios de Transporte.....	22
Quadro 15 Distribuição de profissionais.....	23

Quadro 16 Priorização dos problemas identificados.....	25
Quadro 17 Operações sobre o “nó crítico” início tardio do pré-natal na área de abrangência da UBS São da equipe Branco da UBS Central do município de Itacarambi-MG, 2014”.....	37
Quadro 18. Operação / Projeto na área de abrangência da Unidade Básica Central da equipe Branca do município de Itacarambi-MG, 2014.....	38
Quadro 19 “Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde Central, equipe Branco do município de Itacarambi-Mg, 2014”.....	39
Quadro 20 Plano “Operativo, Unidade Básica Central equipe Branco do município de Itacarambi-MG, 2014”.....	40

SUMARIO

1.INTRODUÇÃO.....	13
1.1DESCRIBÇÃO DO MUNICÍPIO.....	13
1.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS.....	15
1.3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.....	15
1.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	16
1.5 SISTEMAS LOCAL DE SAÚDE.....	17
1.6 CONSELHOS MUNICIPAL DE SAÚDE.....	17
1.8 FUNDOS MUNICIPAL DE SAÚDE.....	18
1.9 ATENÇÃO PRIMARIA DE SAUDE.....	18
2. JUSTIFICATIVA.....	26
3. OBJETIVOS.....	27
4. METODOLOGIA.....	27
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	27
6. PROPOSTA DE INTERVEÇÃO.....	36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do Município

O Município de Itacarambi, com 1.225 Km² de extensão territorial está localizado no Norte do Estado de Minas Gerais, na região fisiográfica do Alto Médio São Francisco, microrregião são franciscana de Januária, inserida na área mineira do Polígono das Secas – região geoeconômica da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). Faz limite com os municípios de Cônego Marinho, Januária, São João das Missões, Varzelândia, Matias Cardoso e Jaíba, a 660 km de Belo Horizonte, a 220 km de Montes Claros e 63 km de Januária.

Apresenta uma população de 17.720 habitantes IBGE, (Brasil, 2014). A gestão atual desse município é realizada pelo prefeito Ramon Campos que conta para gestão da saúde com a Secretária Municipal de Saúde, Priscila Fazani, com o Coordenador da Atenção Primária à Saúde Carlúcio de Sousa Santos e com o Coordenador da Atenção Saúde Bucal, Marinaldo Carvalho de Souza IBGE, (Brasil,2014). Itacarambi foi elevado à categoria de Município no dia 30 de dezembro de 1962, data em que foi sancionada a Lei de sua emancipação política, desligando-se assim do Município de Januária. Com a emancipação, o distrito de São João das Missões passou a pertencer ao Município de Itacarambi (até ser emancipado em 1995). No dia 2 de março de 1963 ocorreu a instalação do Município, sob a intendência do Sr. Nelson Fonseca Pinto, que governou o Município durante seis meses. No dia 08 de setembro de 1963, toma posse o prefeito Arnaldo Corrêa de Oliveira, iniciando-se assim a gestão do primeiro prefeito eleito de Itacarambi.

A cidade de Itacarambi se localiza em frente a uma montanha (Morro Itacarambi) e às margens do Rio São Francisco. As versões para a origem do significado do nome, na língua dos nativos, são: Rio da Pedra Redonda, peixe que nada em volta da pedra, pedra de duas caras e lugar cheio de pedregulho. A última hipótese é sustentada por alguns estudiosos que dizem ser a palavra Itacarambi derivada de Itacuruba ou Itacurubi, que quer dizer “lugar cheio de pedregulho” (Diagnostico Situacional-ESF Itacarambi/MG).

Durante o fim do século XIX e grande parte do século XX, foi muito intensa a navegação entre o porto de Pirapora/MG e Juazeiro/BA (um dos trechos navegáveis do Rio São Francisco - rota da qual Itacarambi situa-se mais ou menos ao meio). A

navegação se dava através de grandes barcos a vapor conhecidos como vapores ou gaiolas, dentre os quais o Benjamim Guimarães foi um dos mais famosos e transformou-se num ícone da cultura ribeirinha. Durante a Segunda Guerra Mundial, o Rio São Francisco foi usado estrategicamente pelo Governo Federal como via de transporte, por encontrar-se distante do litoral, se prevenindo assim de supostos ataques inimigo. O Vapor Benjamim Guimarães foi muito utilizado no transporte de soldados do Exército Brasileiro da Região Central do país para Pernambuco e Rio Grande do Norte, de onde muitos ficaram patrulhando a costa, enquanto outros embarcaram para a Itália (Diagnostico Situacional-ESF Itacarambi/MG).

Os vapores tiveram um significado histórico muito grande para o Município de Itacarambi, pois através das idas e vindas de navegantes, o local, a exemplo de outras localidades ribeirinhas, foi se desenvolvendo até elevar-se à condição de Município em 1962. O povoamento da região de Itacarambi se deu através da mistura dos nativos com os colonizadores brancos, escravos fugitivos, escravos que acompanhavam os proprietários das terras e com os nordestinos que ali se instalaram, constituindo famílias: Ferreira, no Brejo da Pindaíba; em seguida os Moreira, depois os Azevedo, que vieram da Bahia. Além dessas famílias vieram também as famílias do Major João Corrêa e do professor José fino Barbosa, que também eram baianos. Em seguida surgiu o Coronel Horácio de Matos e a família Sá - de Sérvulo e Antônio de Sá. Vieram ainda os Pereira, família do velho ancião Miguel Pereira, vulgo Miguel Conrado entre outras. As primeiras atividades econômicas de Itacarambi se basearam na agricultura, principalmente algodão, milho e mamona. Hoje, com a instalação de algumas agroindústrias, a atividade agrícola evoluiu bastante no cultivo da mamona, tomate (industrial), fruticultura e também houve um grande avanço na pecuária leiteira.

O Município de Itacarambi tem dois povoados importantes: a ilha do Capão e o Brejo da Pindaíba. Merece destaque a Ilha do Capão, também fundada pelos Bandeirantes Paulistas. Fica na margem oposta à sede de Itacarambi. Segundo seus moradores, Capão se unia à margem esquerda do Rio São Francisco por uma faixa de areia e que os caboclos, com o trabalho de seus braços, retiraram fazendo um braço do Rio transformando em lagoa que pertencia inteiramente aos jacarés e às piranhas, o mais voraz dos peixes de água doce do país. Segundo D'Orbigny, a localidade de Capão, também chamada Capão do Cleto, era habitada pelos índios que favoreceram a colonização e foram suas primeiras vítimas. Hoje, a ilha é

habitada por uma comunidade inteiramente crioula, pois os índios que ali habitavam retiraram-se para o Distrito de São João das Missões (Brasil,2014)

A vegetação nos arredores da ilha oferecia poucas variedades. Em torno das lagoas lamacentas notava-se a presença de golfo - planta aquática de flores azuis. Nas suas margens passeavam jaburus, colhedeiros, aves de linha plumagem e outras espécies de pernaltas. O habitante do Capão reverenciou uma secular mangueira, na qual foi celebrada a primeira missa da ilha (depoimento do morador Domingos Souza Guimarães).

A Ilha do Capão hoje pertence ao Município de Itacarambi. O padroeiro da Ilha é São José, cuja festa é celebrada no dia 19 de março, com novenas e levantamento de mastro. Tão antiga quanto o Capão é a comunidade de Brejo da Pindaíba, hoje Brejo de Santana, que tem como padroeira Nossa Senhora de Santana, cuja festa é comemorada no dia 26 de julho. As primeiras famílias ali existentes foram: Costa, Alkimim e Ferreira de Souza. Uma curiosidade: em Brejo da Pindaíba foi construído um cemitério, contudo até o momento, ainda não foi utilizado, por superstição dos moradores (informações cedidas por José Ferreira de Souza, morador de Brejo da Pindaíba).

1.2 Aspectos Geográficos

Indicadores:

- Área total do município: 1.225,273 km² IBGE (Brasil, 2014)
- Concentração habitacional: 17,14hab./km² IBGE (Brasil, 2014)

1.3 Aspectos Socioeconômicos

Indicadores:

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0 622 médias.
- Principais Atividades Econômicas:

O Município tem como potencial econômico a agroindústria, pela estabilidade climática e abundante luminosidade solar. A agricultura se dá com o auxílio da irrigação, quase sempre visando à subsistência. A população urbana está direcionada ao setor terciário da economia. (Brasil, 2014)

Principais culturas agrícolas no Município:

Feijão;

Milho;
 Cana de Açúcar;
 Mamona;
 Fruticultura, principalmente banana
 Tomate
 Mandioca

A população urbana está direcionada ao setor terciário da economia. A pecuária de corte e leite extensiva é praticada com relativa produtividade em município.

Indústrias: Esta é uma atividade em expansão desde a década de oitenta, com expressiva participação na economia do Município. O setor é constituído pelas indústrias: Karambi Alimentos- Agroindústria (extrato de tomate e doces); Mineração Peruaçu- Exploração do minério de manganês para fabricação de ferro ligas e, em estudo, a fabricação de fertilizante a partir da extração do calcário; Indústria e Comércio Itacarambi Ltda. -ICIL Agropecuária (grãos e bovinos); Serram Indústria Cerâmica (tijolos, telhas) PETROVASF –Petróleo Verde Vale São Francisco- Produção de óleo de mamona e adubo orgânico; Indústria e Comércio de laticínios Peruaçu Ltda.- Pasteurização de leite e fabricação de queijo parmesão, com perspectivas futuras de produção de iogurte.

A renda familiar média é de 5000 reais mensais

1.4 Aspectos Demográficos

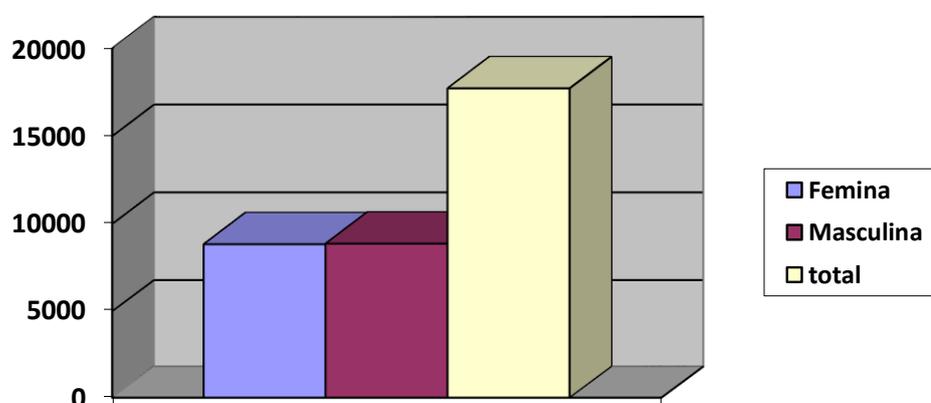
Quadro 1 - Aspectos Demográficos do Município

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	619	657	1276
5 a 9 anos	871	861	1732
10 a 14 anos	1169	1092	2261
15 a 19 anos	1092	993	2085
20 a 24 anos	879	810	1689
25 a 29 anos	675	656	1331
30 a 34 anos	639	659	1298
35 a 39 anos	528	530	1058

40 a 44 anos	537	547	1084
45 a 49 anos	431	428	859
50 a 54 anos	356	357	713
55 a 59 anos	296	298	594
60 ou mais	785	955	1740
TOTAL	8877	8843	17720

Fonte: IBGE (Brasil, 2014)

Gráfico 1: Total da população cadastrada por sexo, no município em 2010.



Fonte: Cadastro da população, Censo Demográfico 2010.

1.5 Sistemas Local de Saúde

No município de Itacarambi, 94,7% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.6 Conselhos Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de saúde do município conta com: 50% de representantes da população, 25% de representantes dos trabalhadores da saúde e 25% com representantes da gestão municipal. As reuniões do Conselho ocorrem mensalmente, sendo que o mesmo tem caráter permanente e deliberativo.

1.7 Fundos Municipal de Saúde

O financiamento do Sistema Único de Saúde do município de Itacarambi feito através do repasse fundo a fundo, onde os recursos federais são organizados e transferidos para o município em quatro blocos de recursos, sendo eles:

- Atenção básica
- Atenção de média e alta complexidade
- Vigilância em saúde
- Assistência farmacêutica

1.8 Atenção Primária à Saúde

O município possui sete equipes de saúde da família (ESF), sendo que atendem zonas urbanas e rurais, o que resulta em uma cobertura de 100% da população. Além disso, o município conta com uma clínica odontológica e uma de especialidade odontológicas localizadas na zona urbana onde sete dentistas realizam as atividades odontológicas e educativas na área de saúde bucal, conta com quatro especialistas que realizam suas atividades em diferentes especialidades odontológicas e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 1 composto pelos profissionais de diferentes áreas da saúde, como nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, educador físico e assistente social.

Os serviços de média e alta complexidade de referência para o município correspondem aqueles contemplados por meio do Programa de Pactuação Integrado (PPI), sendo as cidades de Montes Claros, Brasília de Minas e Januária os municípios de referências.

Em relação aos recursos Humanos em Saúde o vínculo empregatício dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município ocorre por meio de contrato de trabalho, cuja renovação ocorre a cada ano, sendo a carga horária de 40 horas semanais. O quadro de profissionais da APS conta atualmente com sete médicos, 11 dentistas, sendo quatro especialistas, oito enfermeiras, quatro técnicos de saúde bucal, sete auxiliares de enfermagem e 49 agentes comunitários de saúde (ACS).

O território sob responsabilidade da ESF Branco de Itacarambi abrange todo centro do município assim como zonas rurais de Várzea Grande e Brejo Santana com oito micros áreas com as seguintes composições:

Quadro 2 - Micro área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Branca

Micro área	Agente Comunitário de saúde	Famílias	Habitantes
01	Mayane Raquelina	145	496
02	Marcos Ferreira	94	383
03	Aurea Cristina	85	298
04	Rute Ramos	116	415
05	Elisangela Bizerra	79	322
06	Jose Marcos	119	429
07	Marcos Evangelista	106	360
08	Marleide do Carmo	113	399
Total		857	3102

Fonte: Banco de dados USB central, Itacarambi 2014.

Quadro 3 - Distribuição de pessoas atendidas pela Equipe de Saúde da Família Branco por faixa etária e sexo 2013

Faixa etária	Número de pessoas		Total
	Masculinos	Femininos	
< 1ano	8	14	22
1-4 anos	54	73	127
5- 6 anos	57	37	94
7- 9 anos	55	77	132
10- 14 anos	146	137	283
15- 19 anos	163	158	321
20- 39 anos	459	487	946
40- 49 anos	162	180	342
50- 59 anos	177	188	365
≥ 60 anos	231	284	515
Total	1512	1635	3147

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi, 2014

O nível de alfabetização das pessoas que residem nessa área, bairro de periferia densamente povoado, varia entre semianalfabetos, analfabetos e alfabetizados, sendo que prevalece o último.

Quadro 4 - Famílias cadastradas pela Equipe de Saúde Branca.

Famílias Cadastradas	874
Número de pessoas cadastradas	3147

Fonte: Ficha de Cadastro Familiar da equipe branco.

Quadro 5 - Pessoas em idade escolar e alfabetizadas.

Faixa etária	Número	%
7- 14 anos	415	
7- 14 na escola	350	84,34
≥ 15 anos	2489	
≥ 15 anos alfabetizados	2186	87,83

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi, 2014

O principal posto de trabalho nesse território é a prefeitura, mas também são encontrados profissionais autônomos que exercem suas funções em pequenos comércios, salão de beleza, lava-jatos entre outros. Já no micro áreas localizadas em zonas rurais, a atividade principal é a agricultura familiar.

Os quadros abaixo indicam as condições de vida da população residente nesse território

Quadro 6 - Materiais utilizados para construção de moradias

Tipo de casa		
Materiais de construção	Numero	%
Tijolo	865	98,97
Taipa revestida	6	0,69
Taipa não revestida	2	0,23
Madeira		
Material aproveitado	1	0,11
Outro		
Número de cômodos	5563	
Energia elétrica	854	97,71

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi, 2014

Como podemos observar em a tabela anterior e 98,97% de as vivendas estão construídas de Tijolos tanto em a zona urbana como rural assim como a energia elétrica chega até 97,71% delas.

Quadro 7 - Destino do Lixo

Coletado	620	70,94
Queimado/Enterrado	239	27,35
Céu aberto	15	1,72

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi, 2014

Quadro 8 - Fonte de abastecimento de água.

Abastecimento de Agua		
Fonte de abasto	Numero	%
Rede publica	715	81,81
Poço ou nascente	128	14,65
Outros	31	3,55

Fonte: IBGE(Brasil, 2014)

Quadro 9 - Tratamento da Água

Tratamento da Agua		
Método de tratamento	Numero	%
Filtração	652	74,60
Fervura	2	0,23
Cloração	28	3,20
Sem tratamento	192	21,97

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi

10 - Destino dos resíduos

Destino de Fezes/Urina		
Destino final	Numero	%
Sistema de Esgoto	28	3,20
Fossa	833	95,31
Céu aberto	13	1,49

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi

Em nossa área de abrangência só 93 pessoas encontram-se cobertas por planos de saúde representando 2,96% da população por tanto quase todos dependem SUS. Quadro 11 - Procura de assistência em caso de doença.

Hospital	172	19,86
Unidade de saúde	729	83,41
Benedeiras	4	0,46
Farmácia	2	0,23
Outros	12	1,37

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi.

Quadro 12 - Grupos Comunitários

Cooperativas	43	4,92
Grupos Religiosos	273	31,24
Associações	200	22,88
Outros	40	4,58

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi.

Quadro 13 - Meios de Comunicações

Radio	703	80,43
Televisões	693	79,29
Outros	140	16,02

Fonte: Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi

Quadro 14 – Meios de Transporte

Ônibus	482	55,15
Caminhão	113	12,93
Carro	165	18,88
Carroça	65	7,44
Outros	232	26,54

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi

Na área de abrangência da ESF encontram-se várias igrejas, sendo uma católica e várias evangélicas; uma creche; uma escola pública de ensino fundamental; hospital; laboratório; centro de especialidade odontológico, Bancos (Brasil, Bradesco); posto de combustível e loteria. Nessa área, o acesso aos serviços de energia elétrica, água, telefonia, correio e banco é facilitado. Já para população que reside na área da zona rural o acesso a esses serviços depende do deslocamento até a zona urbana.

Neste território, a Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atua a ESF está localizada na área central da zona urbana, sendo o seu horário de funcionamento de 07h30min às 17h30min horas. Todos os profissionais da equipe, conforme quadro abaixo trabalham 8 horas diárias, o que totaliza 40 horas semanais.

Quadro 15 - Distribuição de profissionais

Categorias Profissionais	Número- Nome
Médico	Mario David Santos Mojarrieta
Enfermeira	01 Marcela Fernández
Técnicas de Enfermagem	02 Silvinha Silva Zilda Soares Mendes
Agentes Comunitários de Saúde	08
Recepcionistas	04
Vigias	02
Serviços Gerais	03
Técnica Higiene Bucal	04

Fonte: Banco de dados USB central Itacarambi.

A USB foi construída em ano 1996 sendo inaugurada em outubro de 1996 e conta com uma recepção, uma sala de reunião, três consultórios médicos, três salas consultórios de enfermagem, uma sala de gerência, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala de esterilização, um depósito de material de limpeza, um expurgo, uma sala para nebulizações, farmácia.

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Branca de Itacarambi, realizado neste ano, foram identificados os seguintes problemas:

Início tardio do pré-natal pelas gestantes residentes na área de abrangência da equipe, dificuldade em realizar consultas das gestantes com a qualidade necessária para o fracasso dessas dificuldades, bem como os exames laboratórios; alto risco para a doença cardiovascular na área. Sendo que, após considerar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento: início tardio da atenção pré-natal em as grávidas. Aos problemas foi atribuído com placar de 3-5 de acordo com a urgência do mesmo e 1-4 foram selecionados de acordo com a capacidade de lidar.

Nossa área de abrangência tem 22 gestantes e apenas 3 (13,63%) começaram o pré-natal precoce 19 começaram o pré-natal no bloco final. A redução da mortalidade materna e neonatal é um desafio para o Brasil e para os brasileiros, uma vez que essas mortes evitáveis atingem populações com menor acesso a bens sociais. Buscar meios para diminuir esses índices deve ser um compromisso de todos. Tal fato exige a mobilização de gestores e da sociedade civil na promoção de políticas e ações que busquem a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da cultura sanitária da população, em geral.

Na Unidade de saúde Central, especificamente na equipe Branco as grávidas acodem tardiamente a primeira consulta do pré-natal dificultando o seguimento adequado durante a gravidez toda e impossibilitando atingir o mínimo de 6 consultas estabelecidas. Os fatores de risco modificável não são identificados cedo o que atrapalha o controle dos mesmos. Por outro lado, a dificuldade na realização de exames complementares dificulta o diagnóstico e tratamento precoce de algumas doenças que podem trazer complicações tanto para a gestante como para o produto final da gestação. Tudo o que previamente expressado determina que o atendimento pré-natal seja ruim, contribuindo para o aumento da morbimortalidade durante a gravidez, o parto, o pós-parto e para o recém-nascido. O 100% das 22 mulheres que atualmente estão grávidas na nossa tem algum risco associado ao seguimento da equipe.

Quadro 16 - Priorização dos problemas identificados

Principais problemas	Importância	Urgência	Enfrentamento	Seleção
Início tardio do pré-natal pelas gestantes da área de abrangência	Alta	5	Parcial	1
Dificuldade em realizar consultas das grávidas com a qualidade necessária para o sucesso dessas dificuldades, bem como os exames laboratórios.	Alta	5	Parcial	1
Risco de doença cardiovascular	Alta	4	Parcial	1
Dificuldade de transporte para agentes	Alta	4	Fora	3

de saúde realizar visitas na zona rural.				
Dificuldade de vagas para os encaminhame ntos de outras especialidade s	Alta	3	Fora	4

2 JUSTIFICATIVA

O início tardio do pré-natal é uma condição que pode levar a um significativo aumento da mortalidade materna durante a gravidez, uma vez que existem muitos fatores de risco e ou condições patológicas. Por outro lado, um adequado pré-natal pode resultar em uma redução significativa dos riscos durante a gravidez e o parto bem como melhorar as condições fetais com uma redução de parto prematuro e baixo peso ao nascer. Intimamente relacionado com isso está a demora na realização dos exames e em obter os resultados dos mesmos.

O interesse no tema surgiu pela avaliação de uma grande falta de informação em relação a importância da realização da consulta de Pré-natal para certificação de uma gestação sem risco habitual. Na atuação como médico pude observar que em várias situações as mulheres e familiares não tem conhecimentos sobre gestação, riscos e benefícios de um pré-natal bem realizado e acompanhado no PSF ou em outros ambientes de assistência médica.

Desta forma, é considerável o percentual de início tardio do pré-natal pelas gestantes residentes na área de abrangência da equipe branco do município. Nossa área de abrangência tem 22 gestantes sendo que apenas três começaram a fazer o pré-natal precocemente o que representa 13,63%, ou seja, 19 (86,37%) iniciaram tardiamente o pré-natal (Banco de dados USB central Itacarambi, 2014).

Torna-se necessário elaborar um plano de intervenção a fim de diminuir a porcentagem de mulheres grávidas que iniciam o pré-natal tardiamente, reduzindo assim a morbimortalidade materna e infantil.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Geral:

Elaborar plano de intervenção para diminuir o início do pré-natal tardiamente na área de abrangência da ESF Branco do município de Itacarambi- MG.

3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores determinantes em iniciar o pré-natal tardiamente por parte das gestantes residentes na área de abrangência da ESF Branco.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

4. METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção será realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de biblioteca virtuais como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) por meio dos seguintes descritores: gravidez, riscos associados, patologias associadas. Será utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, por meio do qual, após processado os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Branco, será elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema identificado como prioritários (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Pré-Natal e a estratégia de saúde da família

O Pré-natal e a estratégia saúde da família no modelo de atenção primária contribui de forma significativa nas melhorias alcançadas na atenção pré-natal. A captação precoce, a disponibilidade de atendimento e as atividades educativas desenvolvidas

pelas equipes têm ajudado a diminuir os índices de mortalidade materna e infantil. A gestante assistida por uma equipe de PSF tem mais facilidade em iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, é atendida por profissionais conhecidos e não necessita percorrer grandes distâncias para ser atendida.

A gestante deve ser acolhida pela unidade e encontrar neste local um espaço onde possa expressar suas preocupações, angústias e o seu medo. Os profissionais devem garantir a essa um atendimento humanizado, resolutivo, integral e articulado com outros serviços que assegurem a continuidade do atendimento. É, também, atribuição da equipe prestar este cuidado considerando a realidade local e as condições socioculturais de cada mulher incentivando o autocuidado e a autonomia. Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo do pré-natal consiste em uma assistência a mulher durante o período gravídico e puerperal, de forma que esta possa ser acolhida desde o início da gravidez, assegurando-lhe, até o final, o nascimento de um conceito saudável e o bem-estar da mãe. O que se preconiza é uma assistência qualificada e humanizada em um serviço de fácil acesso e que integre todos os níveis de atenção: prevenção, promoção e assistência da saúde da puérpera e do recém-nascido, desde a unidade básica até o atendimento hospitalar de alto risco (Almeida et al., 2011).

A Secretaria Estadual de Saúde (BRASIL, 2007) estabelece que os municípios, por meio das suas unidades de saúde, devem realizar a atenção pré-natal assegurando os seguintes parâmetros:

- Captação precoce da gestante, menos de 120 dias, pelo ACS ou através de procura direta da mulher com suspeita de gravidez.
- Realização do cadastro da gestante no Programa de Humanização do Pré-Natal – PHPN, através do preenchimento da ficha de cadastramento do SISPRENATAL.
- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação.
- Realizar durante a gravidez atividades de escuta da mulher e seu acompanhante, atividades educativas em grupo ou individual, estímulo ao parto normal, anamnese e exame clínico da gestante, exames laboratoriais, imunização antitetânica, avaliação

do estado nutricional, prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais, prevenção e tratamento do câncer de colo de útero e mama.

- Suplementação vitamínica com ácido fólico e sulfato ferroso.
- Tratar as intercorrências da gravidez, utilizando a classificação do risco da gravidez na primeira consulta e nas subsequentes.
- Atender as comorbidades e garantir o vínculo e acesso à unidade de referência ambulatorial e ou hospitalar especializado.
- Registrar os atendimentos no prontuário e no cartão da gestante.
- Atender a mulher e o neonato no pós parto imediato e realizar a consulta puerperal.
- Realizar visitas domiciliares, com o objetivo de monitorar a gestante.

A consulta de pré-natal deve se basear no acolhimento de qualidade e humanizado, destinando à mulher uma atenção qualificada com procedimentos benéficos tanto para a mãe quanto para o feto e que atendam todas as necessidades e dificuldades apresentadas no decorrer da gravidez. O profissional deve utilizar dos seus conhecimentos para reconhecer os momentos onde sua intervenção seja necessária para garantir o bem-estar da binômia mãe e filho (BRASIL, 2010).

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a materna, identificação de riscos, para ambos, visando à assistência adequada e oportuna. Sua ausência e/ou deficiência, comprovadamente, associam-se a maiores taxas de morbimortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intrauterino e mortalidade (PUCCINI et al.2003, p. 36).

Segundo Duarte e Andrade (2006), a captação precoce da gestante, na maioria das vezes, é feita pelo ACS durante a visita domiciliar. Este profissional deve reforçar o vínculo entre a equipe e a paciente. É o agente de saúde que fará o acompanhamento domiciliar mensal da gestante, sendo o responsável por informar a equipe qualquer alteração ocorrida no meio ambiente em que a gestante vive. Após ser captada pelo agente, a gestante passará a receber cuidados de todos os integrantes da equipe. Passará por consulta médica e de enfermagem e por uma avaliação odontológica.

A atenção pré-natal deve ser iniciada assim que a possibilidade de gravidez for considerada, geralmente pelo atraso menstrual. Visto que os resultados alcançados serão melhores quanto antes o acompanhamento for iniciado. É na primeira consulta que se identificam patologias e fatores de risco que podem contribuir para uma evolução negativa da gravidez; assim como é feito o exame físico e solicitado os exames laboratoriais preconizados. É, também, na primeira consulta que se inicia a formação do vínculo da gestante com a equipe de saúde (BRASIL,2010).

Almeida et al (2011) acrescenta que o acompanhamento de pré-natal além de proporcionar o diagnóstico de patologias desenvolvidas durante a gravidez e ou daquelas que já estavam presentes no organismo da mulher ele proporciona a detecção de problemas fetais precocemente, principalmente os relacionados à má-formação. Alguns problemas fetais diagnosticados são passíveis de intervenção intra útero o que possibilita ao recém-nascido uma vida normal. As consultas de pré-natal têm o objetivo de preparar a mulher física e psiquicamente para a maternidade, disseminar informações educativas sobre o parto e cuidados com a criança, orientando-a sobre os hábitos de vida, higiene e alimentação. Além disso, o pré-natal favorece a orientação sobre o uso de medicamentos que podem afetar a saúde do feto, como à da mulher e a evolução do parto; e também o tratamento das queixas relacionadas à gravidez tais como azia, câimbras, náuseas e dores lombares (COIMBRA et al, 2003).

As ações do pré-natal são direcionadas pelas linhas guias que conduzem o profissional na prestação da assistência do pré-natal, evitando possíveis deficiências no cuidado prestado. Contudo, grande parte dos profissionais não utiliza desses materiais durante o atendimento da gestante, fato que favorece a adoção de medidas errôneas que podem culminar com a morte da mãe e ou do bebê.

5.2 Pré-natal e a mortalidade infantil

A gravidez é um processo fisiológico, mas produz modificações no organismo materno que requer acompanhamento e cuidados de saúde. Logo, o processo reprodutivo transforma-se em situação de risco tanto para a mãe quanto para o feto, caso a gestante não seja adequadamente acompanhada. No Brasil a mortalidade

perinatal ainda persiste como a principal responsável pelas taxas de mortalidade infantil (TREVISAN et al., 2002).

Ribeiro, Guimarães, Bettioli (2009) relatam que os principais problemas relacionados à qualidade da assistência dedicada ao pré-natal, apontados em estudos da literatura, referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades, acrescentam que a rapidez das consultas faz com que possíveis anormalidades não sejam percebidas e impedem que as mulheres possam manifestar suas dúvidas e medos o que piora a qualidade do pré-natal. Para Trevisan et al. (2002), no Brasil, dentre as dificuldades relacionadas com a atenção à gestante e ao RN encontra-se a iniquidade no acesso, a desorganização e fragmentação do sistema de saúde e as inadequações técnico-científicas da assistência. Em relação ao pré-natal, a hierarquização, a garantia do acesso e a qualidade do atendimento e não apenas a quantidade de consultas são inegavelmente pontos-chave na melhoria da atenção. KILSZTAJN, S. et al (2000) acrescentam que para muitas mães, a descontinuidade da assistência iniciada no pré-natal e a falta de vínculo com os profissionais que as assistem durante o parto geram medo, insegurança e ansiedade.

Precisa-se considerar a importância da melhoria do atendimento de pré-natal capaz de prevenir grande parte das complicações obstétricas, com consequências tanto para a mulher quanto para o recém-nascido (BRASIL,2010). Indicadores de conclusão da assistência mostram um número reduzido de gestantes que cumpriram todos os passos preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento, indicando a necessidade de melhorar a organização da atenção primária à saúde e de integrar os diferentes níveis de atenção (BRASIL,2010).

As equipes precisam estar preparadas para implementar ações de divulgação do programa, trabalhar com prioridades, buscar gestantes faltosas, cumprir com as normas e rotinas, saber interagir como equipe multidisciplinar e implementar atividades educativas. As equipes que contam com o NASF (Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família) devem saber aproveitar das várias categorias profissionais para realizar grupos educativos voltados aos interesses das gestantes.

Em 2006, na perspectiva de superar as dificuldades e fragmentação da rede foi criado pelo Ministério da Saúde o Pacto pela Saúde que define prioridades articuladas entre os três componentes: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS. Um dos objetivos do pacto pela saúde é reduzir a mortalidade infantil e materna. Contudo, em 2005, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais já havia criado o Programa Saúde em casa com o objetivo de desenvolver ações sistemáticas para promoção da ampliação do acesso à atenção primária onde um dos objetivos a serem alcançados pelos municípios é a cobertura de pré-natal (BRASIL,2007).

A redução das taxas de morbidade e mortalidade perinatal depende da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos (MOURA, SILVA e GALVÃO, 2007). Estudos indicam que o aumento da cobertura pré-natal pode proporcionar resultados imediatos para a redução da prevalência do baixo peso e da prematuridade culminando com a redução da mortalidade visto que crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças a termo e com peso superior a 2.500 gramas. (KILSZTAJN et al., 2003).

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico puerperal. No Brasil, portanto, mais da metade dos óbitos infantis e maternos relacionam-se com causas evitáveis, denunciando assim a fragilidade e a deficiência no atendimento da mulher grávida. Segundo Correa, Vasconcelos e Souza, (2013), a morte materna obstétrica acontece por causas evitáveis em mais de 90% dos casos. As principais causas são as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias, todas estas preveníveis. As gestantes devem aderir às consultas de enfermagem no pré-natal com responsabilidade e interesse, visto que são duas vidas e que o momento da consulta é o momento ideal de promoção de saúde e prevenção de possíveis agravos. Já a mortalidade neonatal resulta de uma cadeia complexa de determinantes biológicos, socioeconômicos e relacionados à atenção à saúde. Nos últimos anos, diversos autores têm analisado o papel destes fatores de

acordo com modelos hierarquizados de determinação nos quais cada agrupamento de fatores apresenta interferência sobre os outros, permitindo a compreensão individual e coletiva de sua importância (DANIELI. 2010).

KILSZTAJN et al.(2003) exemplificam que os determinantes sociais em saúde têm um impacto direto no coeficiente de mortalidade infantil por estruturar outros determinantes que incidem sobre esses indicadores. Existem vários modelos desenvolvidos para demonstrar a relação entre as desigualdades e iniquidades sociais e os resultados na saúde, classificando os determinantes da saúde em estruturais, intermediários, proximais e distais. No que diz respeito aos determinantes estruturais, são os que geram estratificação social e incluem fatores ligados à renda e educação. Os intermediários determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a agravos de saúde e compreendem as condições de vida, de trabalho, a disponibilidade de alimento, os comportamentos, o estilo de vida e o próprio sistema de saúde – este especialmente quando diminui o acesso aos fatores de proteção, como assistência pré-natal, por exemplo. Os determinantes proximais constituem as causas imediatas de morte, como as condições perinatais (KILSZTAJN et.al., 2003).

Estudos prévios encontraram como determinantes distais da mortalidade infantil, a escolaridade dos pais inferior a oito anos, a situação conjugal das mães e o trabalho materno fora do lar. Entre os determinantes intermediários, observaram-se a multiparidade, a ordem e o intervalo de nascimentos, a situação conjugal materna e a baixa qualidade da atenção a saúde, o número de consultas pré-natais inferior a seis e o fumo na gestação. Como fatores de proteção contra a mortalidade neonatal destaca-se o acompanhamento pós-neonatal visando a promoção da saúde mãe-filho, Constituem-se como fatores de risco o sexo masculino, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o escore de Apgar inferior a sete no primeiro e quinto minuto de vida (KILSZTAJN et.al., 2003). A escala ou o índice de Apgar é um teste desenvolvido para avaliar as condições de vitalidade e adaptação à vida extra útero do recém-nascido no primeiro, quinto e décimo minuto de vida. Avaliam-se cinco sinais que são: a frequência cardíaca, tônus musculares, cor da pele, irritabilidade reflexa e frequência respiratória. Cada um destes sinais recebe uma pontuação de 0 a 2. Crianças com Apgar maior que sete nasceram em ótimas condições; Apgar 7

com dificuldade leve; de 4 a 6 com dificuldade de grau moderado e de 0 a 3 com dificuldade de ordem grave. Essas dificuldades se não tratadas podem levar ao óbito (KILSZTAJN, S.; et al, 2003).

A identificação desses determinantes em cada município brasileiro continua a ser um processo imprescindível para acelerar a atuação destinada a modificá-los e a minimizar o possível impacto das políticas públicas sobre as iniquidades em saúde (BRASIL,2007). A partir do entendimento de que a morbimortalidade materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o Brasil, conforme Duarte (2006).

Alguns fatores como: a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; as práticas de cuidado hegemônicas; e a forma como têm se organizado a gestão dos serviços de saúde, o que inclui a gestão do trabalho das equipes de saúde, têm contribuído para a não melhoria dos indicadores. Dentre estes fatores, destaca-se a cultura hegemônica do cuidado médico, centrada na realização de procedimentos sem evidências científicas e em práticas que desconsideram o protagonismo da mulher e sua família no cuidado, tendendo a “medicalizar” o processo de gestação, parto e nascimento (DUARTE, 2006).

Embora os fatores que levam ao óbito neonatal sejam variados e interajam entre si com diferentes intensidades, observa-se, entre os fatores de risco identificados, a importância dos relacionados com a atenção à saúde das gestantes e dos nascidos vivos, redutíveis pela atuação do setor saúde. Torna-se necessário, portanto, um olhar mais aprofundado para a atenção pré-natal e para a assistência ao parto e ao recém-nascido, sendo fundamental avaliar a estruturação da rede de atenção perinatal e a qualidade da atenção oferecida pelo município (RIBEIRO et.al., 2009).

O acesso ao pré-natal é praticamente universal no país, sem, no entanto, apresentar qualidade satisfatória. Segundo o Ministério da Saúde, em 2013, o pré-natal alcançou 89% de cobertura e a captação precoce das gestantes foi de 83,6% (primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre). No entanto, a incidência das síndromes hipertensivas como primeira causa de morte materna e a existência de

mortalidade por causas perinatais são evidências concretas da necessidade de qualificar a assistência pré-natal (DUARTE, 2006).

Vários estudos demonstraram que a ausência de assistência pré-natal está associada à maior taxa de mortalidade perinatal. Tem sido constatado que, ao contrário das nações desenvolvidas, onde as perdas perinatais estão relacionadas principalmente a doenças de difícil prevenção, nos países em desenvolvimento predominam os óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção ou controle por meio de adequada assistência pré-natal, tais como as síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecções urinárias complicadas (TREVISAN et al., 2002).

Em janeiro de 2006, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil foi reafirmada como uma das prioridades operacionais do Pacto pela Vida, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e fortalecida pelos Pactos de Gestão e em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Este pacto visa reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias. Esse Pacto está contribuindo muito para o serviço das equipes de saúde do meu município, pois tendo as metas, todos se sentem comprometidos em cumpri-las (BRASIL, 2010).

A redução dos indicadores de mortalidade infantil demanda ações de caráter político-institucional, incluindo, além da detecção precoce de problemas existentes antes ou durante a gravidez, o término da dissociação entre a assistência pré-natal e a do parto e puerpério, enfocando o princípio da integralidade da assistência à mulher e à criança (BRASIL, 2010).

A mortalidade materna é um indicador das condições de vida e saúde de uma população, logo um índice elevado é influenciado pelas condições socioeconômicas, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade, pelo grau de escolaridade da mulher e pela presença de violência doméstica. A atenção pré-natal qualificada reflete nas condições da gravidez e do parto contribuindo para a redução da mortalidade materna e infantil (DANIELI, 2010).

As causas da mortalidade infantil podem ser evitadas com adoção de medidas de prevenção e promoção, tais como imunização, pré-natal puericultura e planejamento familiar. Assim com ações de qualificação das estruturas de saúde e recursos humanos, principalmente nas unidades básicas de saúde. Abordando uma avaliação preventiva e qualitativa e, não uma avaliação curativa e quantitativa (DANIELI, 2010).

De acordo com Duarte (2006), os pontos de atenção necessários ao cuidado materno-infantil devem estar conectados e funcionar em rede. Assim, pretende-se minimizar a fragmentação, o desperdício de recurso e a ineficiência, ao mesmo tempo em que se busca garantir a integralidade da assistência culminando com a redução da mortalidade infantil e materna.

As causas mais comuns do óbito infantil neonatal são o trabalho de parto prematuro e o baixo peso ao nascer. Ambos influenciados pela condição da mãe na gestação e o desenvolvimento das patologias de hipertensão arterial e infecção do trato urinário. A condição socioeconômica também interfere no coeficiente de mortalidade infantil visto que este é maior nas famílias de baixa renda, e o acesso aos serviços de saúde também é fator de proteção, mas no caso de famílias carentes muitas das vezes o acesso não é fácil (DUARTE 2006).

Portando, conclui-se que a atenção pré-natal é fator de proteção contra a mortalidade infantil, desde que esta seja de qualidade e faça parte de uma rede interligada dos serviços, que permita o acompanhamento da gestante em cada etapa, por profissionais capacitados para essa atenção.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com Cardoso o Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi desenvolvido pelo Professor Carlos Matus. Segundo ele, “planejar é preparar-se para a ação”. Todo método de planejamento apresenta etapas com uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas, passos que devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada

problema diagnosticado em um território e deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo. (CAMPO, FARIA SANTOS, 2010).

Assim uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe Branco do município de Itacarambi - MG, foi necessário a realização e a construção de um plano de ação que foi implementado passo a passo. O Plano de ação deve atender aos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional, segundo o “Planejamento e avaliação das ações em saúde” de Campos, Faria e Santos (2010). Tal como descrito abaixo:

6.1 Desenhos das operações

Quadro 17 - Operações sobre o “nó crítico” início tardio do pré-natal na área de abrangência da equipe Branco da UBS Central do município de Itacarambi-MG, 2014”

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
1. -Nível de informação	Saiba mais sobre a importância do seguimento adequado do pré-natal.	População em geral e gestantes em particular mais informada sobre o seguimento pré-natal.	Programa de informação a população.	Cognitivo estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional Político Inter setorial e Mobilização social
2.Estrutura dos serviços de saúde	Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do	Acompanha - mento das gestantes	Identificação e estratificação de risco de 100% das gestantes da área	Levantamento, elaboração e adequação de recursos para pesquisa, política e

	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.			financeiro para estruturar o serviço. . .
Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde	Linha de cuidado	Padronização do manejo clínico adequado; processo de trabalho organizado.	Linha guia de atenção à saúde das Gestantes implantada; profissionais da equipe capacitados para uso da linha guia de Gestão de linha de cuidado.	Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Políticos de articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra-referências).

6.2. Identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos” do problema – inadequado seguimento do pré-natal na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Central, equipe Branco do município de Itacarambi-MG, 2014.

6.3. Operação/Projeto

Define-se como operação/projeto as intervenções descritas no quadro abaixo:

Quadro 18. Operação / Projeto na área de abrangência da Unidade Básica Central da equipe Branco do município de Itacarambi-MG, 2014.

Melhoria do seguimento pré-natal	Político - divulgação Financeiro – Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Contribuímos com seu melhor cuidado	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de cuidado	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)

6.4. Análise de viabilidade do plano. Proposta de ações para a motivação dos atores

Quadro 19- “Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde Central, equipe Branco do município de Itacarambi-MG, 2014”.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Conscientização da importância do seguimento pré-natal	Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar projeto para Apoio das associações
		Secretário de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto para Apoio das associações

Melhoria do cuidado, estruturação e efetividade dos serviços de saúde	Articulação política para aumentar os recursos financeiros para material permanente.	Prefeito municipal Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Indiferente Indiferente Indiferente	Apresentar projeto
Linha de cuidado	Articulação política entre os setores assistenciais da saúde	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

6.5. Elaboração do plano operativo

Quadro 20 - Plano "Operativo, Unidade Básica Central equipe Branco do município de Itacarambi-MG, 2014".

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Melhorar os conhecimentos sobre a gravidez	População em geral particular em grávida informada sobre a importância da atenção pré-natal	Realização de Palestras sobre gravidez em cada micro área	Marcela Fernandez (enfermeiro do ESF)	Início dois meses
		Reprodução de Material audiovisual da gravidez	Marcela Fernandez (enfermeiro do ESF)	Início dois meses

		na sala de espera da UBS		
Melhoria de cuidados	Melhorar o acompanhamento das grávidas	Definir os protocolos de atendimento Administrar as condições para fazer exames necessários para avaliação das gestantes	Mario David Santos (médico do ESF) Marissa Dias (Secretaria de saúde)	Início em três meses Dois meses Dois meses
Línea de cuidado	Cobertura de consultas na UBS e coordenação da avaliação por especialistas de 100% das grávidas	Linha de cuidado para mulheres grávidas Recursos humanos capacitados	Mario David Santos (médico do ESF) Mario David Santos. (médico do ESF)	Início em três meses Início em dois meses

		Gestão de linha de cuidado implantada	Marisa Dias (Secretaria de Saúde)	Início em três meses
--	--	--	--------------------------------------	-------------------------------

6.6 Diretrizes e metas

O projeto visa nortear a implantação e implementação de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos mediante a implantação precoce do pré-natal, visando reduzir a vulnerabilidade das gestantes de risco habitual às doenças, por meio de desenvolvimento articulado entre saúde, famílias, comunidade, unidade básica de saúde e outras secretarias e instituições (Organizações da Sociedade Civil, Conselhos, Secretarias da Cultura, Ação Social, Esporte e Lazer, entre outras) que desenvolvam atividades junto às gestantes.

Portanto, os atores responsáveis pela implantação e implementação do projeto no âmbito local devem fomentar estratégias que promovam e garantam ações contextualizadas, continuadas e com participação de todos os segmentos envolvidos. A resposta da articulação dos setores da educação e da saúde é de fundamental importância, pois permite ampla cobertura, atuação em rede e, fundamentalmente, cria condições para a formação de uma cultura de prevenção no cotidiano das escolas e das famílias, favorecendo, desse modo, a adoção de práticas sexuais saudáveis e consequente melhoria na qualidade de vida dos jovens.

Destaca-se a importância da criação de um grupo gestor com representação dos profissionais envolvidos para orientar e gerir a promoção das consultas estabelecidas durante a gestação. Criar ainda, espaços consultivos, tais como: fóruns, reuniões ampliadas, grupos de trabalho para que os diferentes segmentos comunitários sejam contemplados na interlocução com o grupo gestor.

Neste contexto, o êxito das ações e consolidação do projeto, depende do compromisso de gestores profissionais de saúde e educação, da escola, dos familiares e da participação ativa da população da comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda mulher ao descobrir a gravidez tem o direito de ter todas as informações necessárias para saber riscos e benefícios. Ela deve ser ouvida e tratada como alguém que tem vontade, desejos e necessidades. É importante que todas suas dúvidas sejam esclarecidas para que ela esteja preparada para realizar seu acompanhamento de forma correta.

Os profissionais de saúde estão diretamente ligados a este processo, devendo garantir a saúde da mulher em todos seus aspectos, respeitando suas crenças, seus conhecimentos e sua vontade, buscando proporcionar a gestante assistência integral e de qualidade. Com isso há uma grande necessidade de mudança nas instituições para que a gestante seja recebida com respeito, ética e dignidade, além de serem incentivadas para o exercício de sua responsabilidade no papel ativo da mulher no processo de gestação e parto.

É importante salientar que um trabalho de equipe juntamente com a mãe e familiares pode: aumentar o nível de informações em relação à importância da realização de consultas de pré-natal regulares; aumentar o vínculo Equipe-Paciente para melhores resultados na prestação de serviços; diminuir absenteísmo nas consultas de pré-natal no PSF e outros estabelecimentos de saúde; dar autonomia a mulher para tomadas de decisões no período da gestação e no momento do parto.

Em suma, o que se visa é a melhoria da assistência ao pré-natal na área de abrangência da Equipe Saúde da Família.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.R. de S. et al Oficinas de Promocao de Saude com adolescentes:Relato de experiência.**Rev.Rene.Fortaleza**,12,n.esp.,p 1052-8,2011.

BRASIL.Ministerio da Saúde.Secretaria de Atenção em Saúde.Departamento de ações Programativas Estrategicas.**Directrizes nacionais para a atenção integral á saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**.Brasília:Ministerio da Saude,2010ª.Disponivel em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/directrizesnacionais> acessado em 21/12/2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística.IBGE Cidades. Brasília: **IBGE 2014**disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estadistica/pesquisas/pesquisa.resultados.php?id> acessado em 21/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde .**Guia pratico do programa saúde da família**.Brasília.Ministério da Saúde;2007.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, Coopmed, 2010.

Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública** 2003; 37(4): 456-69.

CORREA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação a metodologia: textos científicos**. Belo Horizontes: Nescon/UFMG, 2013

DANIELI, G.L. Adolescentes Grávidas: percepções e educação em saúde. 2010. **Dissertação (mestrado) Programa de Pós graduação em enfermagem**, Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2010.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. **Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família**, 2006.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

MOURA E.R.F; SILVA R.M; GALVAO, M.T G. Dinâmica do Atendimento em Planejamento Familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.23, n.4, p.961-970, 2007.

PUCCINI, R. F. et al. Equidade na atenção ao pré-natal e ao parto em área da região metropolitana de São Paulo, 1996. **Rev. Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, nº 1, 2003.

RIBEIRO, ERO; GUIMARÃES, AMDN; BETTIOL, H et al. Risk factors for Inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Preg. and Childb.** 2009; 9: 1-8.

Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber, K. Perfil da assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO** 2002; 24(5): 293-9.