

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VERÔNICA DA CUNHA BORDONAL

**AÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BICAS/MINAS GERAIS:
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2017**

VERÔNICA DA CUNHA BORDONAL

**AÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BICAS/MINAS GERAIS:
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Enfermagem
Obstétrica II – Rede Cegonha CEEO II),
da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção
do título de especialista.
Orientadora: Kleyde Ventura de Souza**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2017**

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de
Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG**

VERÔNICA DA CUNHA BORDONAL

**AÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BICAS PARA
QUALIFICAR A ATENÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Enfermagem
Obstétrica II – Rede Cegonha (CEEQ II),
da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção
do título de especialista.**

Orientadora: Kleyde Ventura de Souza

Aprovado em: _____

Professor orientador

Dedico este trabalho ao meu falecido pai, Paulo Roberto Bordonal, que sempre foi um exemplo de alegria de viver, de luta e de superação e me inspirou a ser um ser humano melhor e buscar por meus objetivos de vida. À minha mãe, Marina, que me trouxe ao mundo por parto normal, buscando sempre o melhor para mim, dando-me a oportunidade de realizar os meus sonhos. Aos meus colegas enfermeiros, à equipe de profissionais que atuaram ao meu lado até os dias de hoje, aos professores que estiveram envolvidos na minha formação desde o primário, às gestantes que pude auxiliar no processo da gestação, parto e puerpério.

AGRADECIMENTOS

À minha irmã, Mariana, e minha mãe por todo amor, carinho e confiança que sempre me deram durante toda a minha jornada.

À Enfermeira Laís, por me ajudar, deixando de viver seus fins de semana, sempre com sua boa vontade e carinho.

À Flávia, por contribuir nas minhas ausências nos dias de trabalho, carinho, compreensão e confiança.

À provedora Zaine, por fazer parte da oportunidade de participar desta especialização.

Ao prefeito Honório de Oliveira em especial por me permitir aplicar a intervenção no município de Bicas, por me apoiar e me liberar do trabalho para desenvolver o curso.

Ao ex-prefeito de Guarará André Luiz Eufrásio, por também me apoiar e me liberar do trabalho para desenvolver o curso.

Aos membros da equipe de saúde de Bicas, por contribuírem com suas experiências e conhecimentos para elaboração desse trabalho.

Agradeço também aos meus queridos amigos e colegas de trabalho que conheci durante esta caminhada e que sempre estiveram ao meu lado participando das minhas tristezas, angústias e ansiedades nos momentos mais delicados e pelas risadas nos momentos felizes.

Às Coordenadoras Kelly, Torcata e Kleyde por toda a paciência, carinho e dedicação a nós alunas.

E por fim, agradeço a Deus pela oportunidade, pois sem ele nada disso seria possível.

"Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma."

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Introdução: Desde a década de 1990, tem-se fortalecido a qualificação de Enfermeiras(os) Obstétricas(os), que vem sendo inseridas(os) nos serviços de saúde como estratégicas(os) para a mudança de modelo na atenção obstétrica-neonatal.

Objetivo geral: Desenvolver ações e estratégias para o fortalecimento das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Bicas para qualificação do Pré-Natal.

Metodologia: Trata-se de um projeto de intervenção, elaborado durante o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica II - Rede Cegonha, uma parceria entre o Ministério da Saúde (órgão financiador), a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e outras 19 Instituições Federais de Ensino Superior de diferentes regiões do Brasil. O projeto foi construído a partir da análise coletiva e diagnóstico situacional da situação de saúde do município de Bicas, Minas Gerais, inserido na região da, fazendo parte da Macrorregião Sudeste e da Microrregião de São João Nepomuceno/Bicas, que são vinculados à Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora, conforme o Plano Diretor Regional-MG 2009.

Resultados: Espera-se o fortalecimento dos profissionais das equipes de saúde de Bicas para sua atuação na atenção ao Pré-natal, de forma que o processo de trabalho da equipe seja estruturado e baseado em evidências científicas; diminuição das taxas de morbimortalidade materna e perinatal; melhoria da qualidade das consultas de Pré-Natal e vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto; atendimento humanizado à gestante em um modelo de atenção integral à saúde; início precoce do cuidado pré-natal; cobertura universal com a garantia da periodicidade das consultas e cronograma de atividades educativas em saúde da mulher criado.

Conclusão: o projeto, ainda em andamento, tem contribuído para o fortalecimento do trabalho compartilhado nas consultas de pré-natal na atenção básica, entre médicos e enfermeiros no município de Bicas. O enfermeiro com seu papel fundamental nos novos modelos de atenção a saúde da mulher, por utilizando em sua prática evidências científicas que valorizam a fisiologia da mulher, sendo reconhecidamente capacitados e embasados para atender às novas diretrizes do Ministério da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Cuidado pré-natal. Estratégia de Saúde da Família. Atenção obstétrico neonatal.

ABSTRACT

Introduction: Since the 1990s, the qualification of Obstetric Nurses (OS) has been strengthened, which has been inserted in the health services as strategic for model change in obstetric-neonatal care. **General objective:** To develop actions and strategies for the strengthening of the Family Health Strategy teams of the municipality of Bicas to qualify for Prenatal Care. **Methodology:** This is an intervention project, elaborated during the Specialization Course in Obstetric Nursing II - Rede Cegonha, a partnership between the Ministry of Health (funding body), the Nursing School of the Federal University of Minas Gerais and other 19 Federal Institutions of Higher Education of different regions of Brazil. The project was built based on the collective analysis and situational diagnosis of the health situation of the municipality of Bicas, Minas Gerais, located in the region of the State of São João Nepomuceno/Bicas, which are linked to the Regional Superintendence of Health of Juiz de Fora, according to the Regional Master Plan-MG 2009. **Results:** It is hoped that the professionals of the health teams of Bicas will be strengthened to work in Prenatal care, so that the team work process be structured and based on scientific evidence; reduction of maternal and perinatal morbidity and mortality rates; improving the quality of prenatal consultations and linking outpatient care with childbirth; humanized care to pregnant women in a comprehensive health care model; early prenatal care; universal coverage with the guarantee of the periodicity of the consultations and schedule of educational activities in the health of the woman created. **Conclusion:** the project is contributing to a shared work in prenatal consultations in basic care, among doctors and nurses in the city of Bicas. The nurse plays a fundamental role in the new models of women's health care, since in their practice they use scientific evidence that values the physiology of women, being recognized and supported to meet the new guidelines of the Ministry of Health.

KEY WORDS: Primary Health Care. Prenatal Care. Family Health Strategy. Obstetrical and neonatal care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Região Sudeste – Macrorregião de Saúde.....	17
---	----

Sumário

INTRODUÇÃO	12
JUSTIFICATIVA	15
1. SOBRE O CENÁRIO E O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL COMO BASE PARA A INTERVENÇÃO	16
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: ELABORAÇÃO E PERSPECTIVAS	19
2.1 Cogestão	19
2.2 Acolhimento e organização do processo local de trabalho	20
2.3 Garantia de cuidado em rede	20
2.4 Atuação da(o) enfermeira(o) obstétrica(o) na assistência às mulheres, recém-nascidos e família	21
2.5 Boas práticas no cuidado à mulher e à criança	21
2.6 Educação permanente em serviço	21
2.7 Relações do serviço com as instâncias gestoras locais e participação em fóruns intersetoriais.....	22
2.8 Situações encontradas e perspectivas	22
3. Referencial teórico-político	24
4. Objetivos do Projeto	29
4.1 Objetivo geral:.....	29
4.2 Objetivos específicos:	29
5. Público-alvo.....	29
6. Metas	30
7. Estratégias metodológicas	30
8. Resultados preliminares	32
9. Acompanhamento avaliativo do Projeto	33
10. Considerações finais	34
Referências utilizadas	35
ANEXOS	37
ANEXO I - ROTEIRO PARA ANÁLISE COLETIVA E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SERVIÇO	37
ANEXO II – APRESENTAÇÃO PRENABE.....	50
ANEXO III – PROGRAMAÇÃO DO PRENABE	52

INTRODUÇÃO

Apesar dos progressos consideráveis nas condições de saúde materno-infantil no Brasil, (PAIM, 2011), persistem imensos desafios para se proporcionar condições seguras ao parto e nascimento no país. A redução da morbimortalidade materna e infantil; a incorporação pelos serviços de práticas baseadas em evidências científicas; a redução de cesarianas desnecessárias; a superação da violência obstétrica e o protagonismo das mulheres persistem como desafios para a rede de atenção à saúde, os serviços, seus gestores e profissionais (OLIVEIRA et al, 2008).

Evidenciam-se, no Brasil, indicadores perinatais ainda preocupantes. Embora a mortalidade materna tenha reduzido desde 1990, no século XXI, o país ainda tem situação epidemiológica inaceitável para óbitos maternos. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos. Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990. (WHO, 2012) 15 Em relação à mortalidade infantil, a meta do milênio prevê a redução de dois terços da mortalidade de menores de cinco anos no mesmo período, e foi atingida no Brasil com quatro anos de antecedência. No entanto, a qualidade da assistência pré natal é questionada quando um estudo (MALTA et al, 2010) que avaliou as causas de mortes evitáveis no Brasil em menores de um ano entre 1997 e 2006 revelou que houve redução do número de óbitos por todas as causas evitáveis no período, com exceção daquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal.

Com o lançamento do Programa Rede Cegonha, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) teve como objetivo garantir atendimento de qualidade às mulheres e bebês pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desde a confirmação da

gravidez até os dois primeiros anos de vida do bebê, com direito à atenção integral, humanizada e segura (BRASIL, 2011).

Em 2011, o MS normatiza os protocolos e fluxos assistenciais entre a rede básica e à maternidade, em uma rede temática denominada Rede Cegonha. Esta iniciativa tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil a partir da organização e qualificação dos serviços de atenção à gestante e à criança até 24 meses (BRASIL, 2011b). A Rede Cegonha deve ser implantada a partir de diretrizes que assegurem a garantia ao acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante a uma unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção resolutiva e qualificada à saúde de crianças; e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

A formação de enfermeiros obstetras, para a assistência à mulher no período grávido puerperal e ao recém-nascido no período neonatal, tem sido foco de políticas governamentais nos últimos anos, buscando retratar a experiência de países industrializados, em que as parteiras profissionais são as provedoras da atenção primária à saúde de mulheres saudáveis durante o parto. Com a criação da Estratégia Rede Cegonha em 2011, o Ministério da Saúde, novamente, incentiva a formação destes profissionais.

Para tanto, os Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica colocam-se como instrumento essencial para a formação de enfermeiros que respondam, na qualidade desejada e exigida, às necessidades assistenciais da mulher no período grávido-puerperal e do recém-nascido de risco habitual.

Diante desta realidade, a Escola de Enfermagem da UFMG aceitou o desafio de realizar Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, em parceria com o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de formação de enfermeiros obstétricos para atuar, segundo as diretrizes da estratégia Rede Cegonha. Dessa forma, esse projeto realizou nos anos de 2014-2016, 18 cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO), financiados pelo Ministério da Saúde (MS), com oferta de 300 vagas, assim distribuídas.

Além do financiamento do MS que reforça a cooperação entre este órgão e a EE/UFMG, ressalta-se a parceria entre essa última e as IFES executoras, não apenas para a formação, mas também para produção de conhecimento originada da

elaboração de projetos de pesquisa e extensão, haja vista a realização dos trabalhos de conclusão de curso, um dos requisitos para a formação proposta.

Após a finalização do projeto desenvolvido nos anos de 2014-2016, um novo projeto, com a oferta de mais 300 vagas, encontra-se em curso. Tanto no projeto anterior, quanto no atual, apostou-se na formação em rede, considerando todo o território nacional, criada a partir da possibilidade de parceria para essa formação, por meio da coordenação geral, com tutoria a distância realizada por professoras da EEUFMG, em colaboração com as Tutoras presenciais, coordenadoras locais de cada um dos cursos propostos.

Dessa forma, para o fortalecimento na qualificação de Enfermeiras(os) Obstétricas(os), que desde a década de 1990, vêm sendo inseridas(os) nos serviços como estratégicas(os) para a mudança de modelo na atenção obstétrica-neonatal (CLAP, 2014), o MS tem apoiado, por meio de financiamento e parceria com Instituições Federais de Ensino Superior (IFESs), com apoio de serviços de referência e da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras e Nacional (ABENFO Nacional), a capacitação e a formação destas profissionais.

Neste estudo, destaca-se o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica II- Rede Cegonha, desenvolvido por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (órgão financiador), a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e outras 19 Instituições Federais de Ensino Superior de diferentes regiões do Brasil, com a oferta de 300 vagas na segunda edição do Projeto (2016-2017), no qual participa a autora deste Trabalho de Conclusão de Curso. Na edição anterior (2014-2015), já finalizada, outras 300 vagas foram ofertadas.

Ressalta-se que o público-alvo do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica II - Rede Cegonha é constituído por enfermeiras(os)-trabalhadoras(es) que atuam em Maternidades Públicas ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), aderidas à Rede Cegonha

O Curso propõe, como requisito para sua realização, que cada Especializanda(o) desenvolva um Projeto de Intervenção, realizado a partir do Diagnóstico Situacional do serviço onde atua, com a perspectiva da *formação-intervenção*, que se constitui como referencial teórico-metodológico do Curso.

Assim, destaca-se a importância deste Curso como uma ação de reforço à política pública brasileira no campo da saúde das mulheres, com ênfase na melhoria do cuidado, na mudança de modelo e, na formação e qualificação da Enfermagem

Obstétrica como propulsor das ações que sustentam essa política na atenção obstétrica e neonatal.

JUSTIFICATIVA

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (VILLAR, 2015).

Uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação (DATASUS, 2017).

O projeto de intervenção proposto tem como cenário de estudo o município de Bicas-MG. O Sistema de Saúde de Bicas realiza serviços e ações em dois níveis - primário e secundário, e está organizado a partir da atenção primária à saúde, tendo-a como sua porta de acesso. Esta rede possui sete unidades de saúde para atendimento médico, com cinco equipes de Estratégias de Saúde da Família.

Considerando que, no município de Bicas, a maior ação em saúde é centralizada na Atenção Básica (AB) e que, em geral, se reconhece que tanto os serviços de saúde quanto os profissionais precisam e demandam ações de educação permanente, como também, melhor estruturação de seus processos de trabalhos para a atenção ao pré-natal. A atenção ao pré-natal é uma das ações prioritárias e deve ser uma das primeiras a se qualificar nesse novo modelo de atenção que tem a ESF como principal reorganizador.

Assim, esse projeto de Intervenção justifica-se pela necessidade de qualificar o cuidado em saúde às mulheres, bebês e famílias no Pré-natal, no município de Bicas-MG, apoiando e fortalecendo as equipes de atenção básica para sua atuação

e contribuindo para a contínua melhoria do acesso das gestantes ao serviço de saúde e da qualidade do cuidado recebido por ela no Pré-natal.

Espera-se o fortalecimento dos profissionais das equipes de saúde do município de Bicas para sua atuação na atenção ao Pré-natal, de forma que o processo de trabalho da equipe seja estruturado e baseado em evidências científicas; diminuição das taxas de morbimortalidade materna e perinatal; melhoria da qualidade das consultas de Pré-Natal e vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto; atendimento humanizado à gestante em um modelo de atenção integral à saúde; início precoce do cuidado pré-natal; cobertura universal com a garantia da periodicidade das consultas e cronograma de atividades educativas em saúde da mulher criado.

1. SOBRE O CENÁRIO E O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL COMO BASE PARA A INTERVENÇÃO

1.1. O MUNICÍPIO DE BICAS

Bicas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Sua população é de 13.653 habitantes segundo o Censo IBGE/2010. Inicialmente um ponto de parada de tropeiros no século XVIII, obteve sua independência da vizinha cidade de Guarará em 1923. Foi um ponto de atração de imigrantes italianos, além de outras nacionalidades. Até meados dos anos 1970, Bicas possuiu uma estação de trem e uma filial ativa de reparação de vagões da extinta RFFSA (Rede Ferroviária Federal S.A.), que trouxe riquezas e desenvolvimento. Infelizmente, esta estrutura foi desmantelada e hoje a estação existe apenas como um patrimônio histórico.

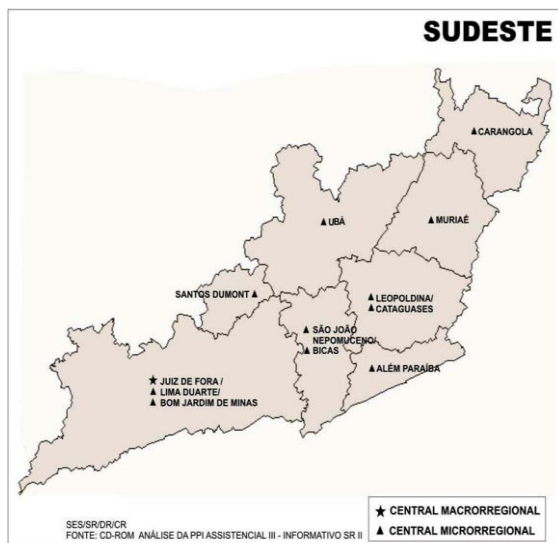
Atualmente, a cidade possui uma economia baseada no comércio, agricultura e agropecuária. Exposições Agropecuárias anuais, com rodeios, comércio de gado e produtos artesanais - tipicamente na última semana de julho de cada ano - são uma tradição de várias cidades da Zona da Mata, e a Exposição Agropecuária de Bicas é uma das mais famosas, atraindo milhares de turistas de vários pontos do país.

O Município de Bicas está inserido na região da Zona da Mata fazendo parte da Macrorregião Sudeste e da Microrregião de São João Nepomuceno/Bicas, conforme o PDR-MG 2009, ligadas à Gerência Regional de Saúde de Juiz de Fora.

A Macrorregião Sudeste é composta pelos municípios de Araçatuba, Arantina, Andrelândia, Belmiro Braga, Bias Fortes, Bicas, Bocaina de Minas, Bom Jardim de Minas, Chácara, Chiador, Coronel Pacheco, Descoberto, Ewbank da Câmara, Goianá, Guarará, Juiz de Fora, Liberdade, Lima Duarte, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Matias Barbosa, Olaria, Oliveira Fortes, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Pequeri, Piau, Rio Novo, Rio Preto, Rochedo de Minas, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita de Jacutinga, Santana do Deserto, Santos Dumont, São João Nepomuceno, Senador Cortes e Simão Pereira, tendo como núcleo urbano mais importante a cidade de Juiz de Fora.

A Microrregião de Saúde São João Nepomuceno/Bicas é uma das três microrregiões dos 37 municípios pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora que fazem parte da Macrorregião de Saúde Sudeste. Tais microrregiões coexistem com a regionalização assistencial proposta pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, regulamentado pelo Decreto 7.508/2011. A microrregião de Saúde São João Nepomuceno/Bicas é composta de nove municípios: Bicas, Descoberto, Guarará, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Pequeri, Rochedo de Minas, São João Nepomuceno, Senador Cortes, totalizando cerca 73 mil habitantes.

Figura 1. Região Sudeste – Macrorregião de Saúde



Existem no município cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com a população estimada em 2016 existem 14.268 habitantes, sendo 13.294 cadastrados, com uma cobertura de 100% da população. As ESFs estão assim distribuídas:

E.S.F. Sul – Unidade Sul de Saúde João dos Reis Motta, conta com cinco agentes comunitários de saúde, com um total de 730 famílias acompanhadas.

E.S.F. Sudoeste – Unidade Saúde Sudoeste, com quatro agentes comunitários e 752 famílias acompanhadas, incluindo nesta unidade a zona rural de Santa Helena.

E.S.F. Oeste – Unidade Básica de Saúde Waltencyr Stephani. com cinco agentes comunitários, num total de 809 famílias assistidas. Nesta unidade, inclui-se o atendimento das zonas rurais do Val Paraíso, Ribeirão e São Manuel. Conta-se também nesta unidade com a equipe de Saúde Bucal.

E.S.F. Sudeste - Unidade de Atenção Primária de Saúde José Ferreira Pedrosa Filho, com sete agentes comunitários de saúde e um total de 989 famílias atendidas e acompanhadas.

E.S.F. Nordeste - Unidade de Saúde Nordeste, com um espaço físico pertencente ao município, foi adaptado para funcionar, mas atende às 915 famílias de referência.

Além das ESFs, tem-se outros serviços e ofertas:

Policlínica Micro Regional de Bicas Dr. Harrison Gonçalves de Mendonça
– **Policlínica Municipal** – oferece atendimento de pediatras, ginecologistas, dentistas, fonoaudiólogas, psicólogas e nutricionista.

Farmácia de Minas - distribui 181 itens para a população de forma gratuita. Estes medicamentos compõem a Relação Municipal de Medicamentos a – REMUME.

Hospital São José de Bicas - O município dispõe de uma Associação de Caridade São José de Bicas, Hospital São José, que disponibiliza 28 leitos para o SUS.

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: ELABORAÇÃO E PERSPECTIVAS

Para delimitação do problema e dos caminhos (intervenções) para sua resolução propôs-se durante as Disciplinas de Metodologia de Pesquisa I e Metodologia de Pesquisa II a elaboração de um diagnóstico da situação atual e perspectivas (ANEXO 1), realizado de forma participativa, tendo em vista instâncias e participantes envolvidos.

Buscou-se, então, a análise da situação atual e de perspectivas, por meio de roteiro, relacionando-as à situação em que se pretendeu intervir, além de se identificar justificativas, de modo a evidenciar, tanto o problema quanto a realidade a ser transformada.

Entre várias diretrizes do Diagnóstico Situacional realizado em conjunto com as equipes de saúde do município de Bicas avaliadas em conjunto com o Conselho de Saúde e com a equipe de Saúde de Bicas, destaca-se os principais problemas envolvidos na organização e funcionamento das instituições/microrregião e prestação dos serviços:

2.1 Cogestão

Em relação a diretriz de Cogestão temos um colegiado gestor entre outros grupos de reuniões para análise e discussões de processos de trabalho, o COSEMS que trata de assuntos gerais a gestão das secretarias de saúde com reuniões mensais, composto por secretários de saúde da Região de Saúde de Juiz de Fora, temos também reuniões mensais da microrregião através do CIESP, nosso consórcio intermunicipal de saúde, os Conselhos Municipais de Saúde são Ativos, a ouvidoria de saúde é macrorregional, temos ainda a CIR Comissão Intergestora Regional, todos espaços de encontro de gestores para reuniões, discussões, pactuações em saúde a nível regional, mas nenhum desses grupos tem seus olhares voltados para Saúde da Mulher especificamente.

2.2 Acolhimento e organização do processo local de trabalho

Foi verificado pela equipe que os acolhimentos de modo geral na região não ocorrem nas UBS como rotina, ocorrem de forma aleatória sem conduta definida. As informações visuais são existentes nas unidades, mas não na totalidade, quer dizer, hoje utilizamos apenas as informações que o Ministério da Saúde disponibiliza para os municípios. Quando falamos de Vaga Sempre para a gestante e o recém-nascido (RN), a garantia de vaga para internação em todo e qualquer momento de necessidade, não é uma realidade na maioria das vezes, mas podemos considerar a vaga sempre na região para mulheres e RNs termo, já as gestações em trabalho de parto pré-termo e de alto risco parecem não se enquadrarem no termo “vaga sempre”. O Trabalho compartilhado em Equipe Multiprofissional, não ocorre efetivamente, muitas vezes temos uma equipe multiprofissional atuando no acompanhamento de nossas mulheres, mas não existe uma discussão de caso como forma padronizada de trabalho. O Direito ao Acompanhante, o direito de escolher quem acompanhará durante toda a internação conforme a Lei 11.108/2005 e a garantia de livre acesso aos pais e/ou responsáveis na Unidade Neonatal com direito de permanência da mãe ou do pai junto ao RN 24h por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, ainda não é aplicada nos hospitais da região, já nos atendimentos das consultas de saúde elas tem esse direito. Em reunião no mês de junho, para avaliação dos indicadores pactuados pelos hospitais de Juiz de Fora contemplados pela rede cegonha, esse assunto foi debatido, e solicitado que a Lei seja aplicada em sua totalidade, penso que nas consultas de pré-natal e grupos de gestantes essa informação deve ser replicada. Comitê de aleitamento materno e a Comissão de discussão interna das Mortes Maternas, Infantis e fetais não existem na atenção básica da microrregião.

2.3 Garantia de cuidado em rede

Como se trata de um município pequeno, com um hospital de pequeno porte, não temos uma rede de definição de referência territorial para vincular as gestantes a

equipes de referência, seja na atenção básica, seja no local onde ocorrerá o parto, evitando a peregrinação da mulher e criança e a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado. Possuímos uma rede de urgência e emergência definida, que também inclui o atendimento materno. Algumas vezes a regulação é direta da UBS ou hospital HPP, outras vezes temos que utilizar a central de guias o SUS Fácil

2. 4 Atuação da(o) enfermeira(o) obstétrica(o) na assistência às mulheres, recém-nascidos e família

Nesse ponto não possuímos o enfermeiro obstétrico inserido na atenção básica, em nossa realidade atualmente os enfermeiros da ESF realizam a primeira consulta nas UBS de PNRH, porém não dão continuidade, os médicos das UBS dão continuidade a este atendimento ou encaminham para o médico obstetra ou centro de referência.

2. 5 Boas práticas no cuidado à mulher e à criança

Na atenção básica de nosso município e região não existem orientações para o manejo do alívio da dor, durante as consultas de pré-natal, pois não temos a certeza da aplicação desses métodos nas unidades hospitalares de referência

2. 6 Educação permanente em serviço

Hoje temos evidencia que temos estratégias de Educação Permanente no Serviço para a População, mas concluímos que as iniciativas de educação permanente internas para os profissionais são carentes, sentimos a necessidade de educações mais consistentes, com a inserção de profissionais qualificados para aplicação de cursos inovadores.

2. 7 Relações do serviço com as instâncias gestoras locais e participação em fóruns intersectoriais

A Secretaria de Saúde Municipal com a Secretaria Estadual de Saúde mostra uma grande participação de maneira sistemática dos espaços de gestão da com o compartilhamento de decisões na área da saúde.

2. 8 Situações encontradas e perspectivas

Os fatores dificultadores/limitadores levantados após a análise do Diagnóstico Situacional foram a percepção e conhecimento da população em relação ao processo de pré-parto, parto e nascimento; falta de priorização ao atendimento à saúde da mulher de forma integral, falta de preparo dos profissionais da Atenção Básica para atendimento ao pré-natal, ausência de protocolos de atendimento ao pré-natal, desestruturação dos hospitais da microrregião, falta de comissões e comitês direcionados à saúde da mulher.

Já os fatores facilitadores/favoráveis relacionam-se ao acesso aos grupos dos gestores para sensibilização e mobilização para o processo de criação e implantação de protocolos assistenciais, a liderança das equipes de saúde da família onde as consultas de pré-natal ocorrem para estimular o processo de mudança.

O cotidiano da Atenção Básica, ponto da rede de atenção à saúde onde ocorre o primeiro atendimento da gestante no município, tem mostrado que a assistência ao pré-natal é de suma importância para a triagem de condições de saúde e socioeconômicas que tem o potencial de diminuir resultados adversos específicos durante a gestação. (BRASIL, 2000)

Entende-se que existem muitos desafios para que as equipes de saúde estejam integradas para fazer as devidas abordagens às mulheres, bebês e famílias de acordo com suas demandas e necessidades, e organizadas para a realização de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde de forma segura e resolutiva.

Diante do exposto e considerando que o processo de pré-natal em Bicas não tem ocorrido de maneira satisfatória e compartilhada entre a equipe de saúde, pretende-se que este projeto de intervenção se destine a fortalecer os profissionais da Atenção Básica, por meio da capacitação e apoio da gestão municipal para qualificar a atenção em saúde durante a gestação.

3. Referencial teórico-político

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se como uma rede de cuidados, com o objetivo de assegurar ações direcionadas à redução da mortalidade materna e infantil, em consonância com as Diretrizes do Pacto pela Vida e a execução do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Portaria nº 569/GM/MS, 2000). Neste sentido, busca fortalecer o processo de garantia de direitos relacionados ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada (na gravidez, parto e puerpério), ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Da mesma forma, a proposta busca qualificar o conjunto dos serviços e os atores envolvidos em suas ações, viabilizando a operacionalização de legislações e normativas, com destaque para Lei nº 11.634 de 2007, que dispõe sobre a garantia do conhecimento e de vinculação da gestante à maternidade onde receberá assistência, no âmbito do SUS.

Objetivando atender às diretrizes da Rede Cegonha, aponta-se como de significativa importância a implementação de práticas de educação permanente, capazes de potencializar a atuação dos profissionais de saúde na promoção da humanização em todo o processo de cuidado à gestante e à criança (BRASIL, 2006).

Neste contexto, a construção de um novo modelo de assistência à saúde, centrado no usuário, requer constantes avaliações e reatualizações do processo de trabalho, em busca da constante qualificação das ações e da atenção básica em saúde oferecida à população usuária local. Para tal, é preciso que os profissionais compreendam a estrutura e o sistema no qual atuam e que também sejam estimulados a uma constante, e necessária, interlocução com demais atores institucionais, políticos e/ou sociais, buscando assim o fortalecimento da rede e a construção de estratégias inovadoras para superação de conflitos e/ou situações problemas. Assim, orientado pelo princípio da integralidade, o processo requer como ferramentas: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a criação de vínculos do usuário/comunidade/equipe de saúde e, assim, a humanização dos serviços (Giovanella et al., 2015).

Essa perspectiva vai de encontro e se fortalece com a proposta de investimentos na educação permanente, buscando assim, articular reflexões sobre

as práticas e saberes existentes à realidade e necessidade dos serviços, que se refletem na capacidade resolutiva dos serviços, de forma articulada.

Vieira et al. (2015) relata que na perspectiva de fortalecimento da Atenção Básica em Saúde - e suas relações com os demais níveis de atenção e políticas públicas - a qualificação profissional desponta como um importante instrumento no pensar estratégias e ações. Espera-se que elas contribuam, tanto para o aprimoramento dos indicadores de saúde, quanto para o fortalecimento de práticas intersetoriais, capazes de promover a integração e adesão da população ao conjunto de serviços sociais públicos.

A Atenção Básica constitui-se como principal ferramenta para a organização do SUS:

“Assim, se compreende que a atenção básica é estruturante e organizadora de práticas de cuidado, favorecendo a produção de vínculo, o trabalho em equipe e a produção da cidadania, haja vista sua necessária ação sobre o território, que deve considerar exigências técnicas e interesses e necessidades das populações (BRASIL, 2010b).”

O estabelecimento de vínculos e a produção de cidadania não podem estar distantes da assistência humanizada e, no que diz respeito à saúde da mulher, prestar uma assistência que a envolva e a empodere é de grande valia para a efetividade das ações planejadas.

Andrade (2011), refere que as mulheres constituem mais da metade da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Compõem, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, exigindo do SUS olhar ampliado para esta parcela da população, visto que diversos fatores sociais, econômicos e culturais, além de históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens, implicam em forte impacto nas condições de saúde.

Para melhorar a assistência à gestante e recém-nascido, deve-se planejar ações, considerando a identificação de fatores de risco relacionados com a mortalidade materna e neonatal, pois tal situação é um importante indicador que reflete as condições socioeconômicas, reprodutivas e, principalmente, as relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos.

Para que a Atenção Básica (AB) possa cumprir seu papel na Rede de Atenção à Saúde, é fundamental que a população reconheça que as unidades básicas de saúde (UBS) estão próximas a seu domicílio e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde. Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população (BRASIL, 2015).

Entende-se que por meio do acolhimento, compreendido como uma escuta atenta e qualificada, que considera as demandas trazidas pelo usuário, a equipe de saúde define as ofertas da UBS para o cuidado e estabelece critérios que definem as necessidades de encaminhamento desse usuário para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH, 2013) toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. O acolhimento da gestante na Atenção Básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados.

O profissional deve permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente.

A história de vida e o contexto de gestação trazidos pela mulher durante a gravidez devem ser acolhidos integralmente a partir do seu relato e da fala de seu parceiro. Tal contexto implica mudanças nas relações estabelecidas entre a mulher e a família, o pai e a criança. Além disso, gera mudanças na relação da gestante consigo mesma, no modo como ela entende seu autocuidado, bem como modificações em como ela percebe as mudanças corporais, o que interfere muitas vezes no processo de amamentação (MONTICELLI, 2014).

É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto, como parte do planejamento familiar. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais. É importante acolher o(a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. O(a) acompanhante pode ser alguém da família, amigo(a) ou a doula, conforme preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

É importante ressaltar que as atribuições dos profissionais são de grande valia em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos.

Além disso, os profissionais de saúde devem estar envolvidos nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais. Alguns estudos apresentaram comparações entre desfechos no acompanhamento do pré-natal de médicos generalistas e gineco-obstetras. Uma revisão sistemática desenvolvida pelo grupo Cochrane Database (VILLAR; KHAN-NEELOFUR, 2013) estudou o acompanhamento de 3.041 gestantes e nenhuma diferença estatística foi encontrada nos desfechos de trabalho de parto prematuro, cesarianas, casos de anemia, infecções do trato urinário, hemorragia no terceiro trimestre e mortalidade neonatal.

Contudo, ao se comparar o grupo acompanhado por médicos generalistas e parteiras, constatou-se que houve uma redução significativa de DHEG (doença hipertensiva específica na gestação) para o primeiro grupo. Não houve diferença de satisfação dos usuários nos diferentes grupos.

O modelo de acompanhamento de pré-natal de baixo risco por médicos generalistas deve ser oferecido para as gestantes. O acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras durante o pré-natal não traz melhoria aos desfechos perinatais em comparação com o encaminhamento destas pacientes em casos de complicações durante o acompanhamento (VICTORA et al.,2016).

4. Objetivos do Projeto

4.1 Objetivo geral: desenvolver ações para o fortalecimento das equipes de Estratégia de Saúde da Família para qualificação da atenção Pré-Natal.

4.2 Objetivos específicos:

- Realizar capacitação para realização das consultas de Pré-Natal;
- Promover consultas de Pré-Natal compartilhadas, por meio do início precoce do cuidado pré-natal;
- Elencar estratégias para continuidade das ações de qualificação da atenção pré-natal;

5. Público-alvo

Os envolvidos neste projeto de intervenção são, de forma direta, todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família do município de Bicas. E indiretamente, as gestantes, bebês e famílias também serão beneficiados com as ações propostas com a intervenção

6. Metas

- Capacitar Profissionais para realização de consultas de pré-natal qualificadas;
- Contribuir para a Diminuição das taxas de morbimortalidadematerna e perinatal;
- Melhora da qualidade das consultas de Pré-Natal e gerar vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto;
- Atendimento humanizado à gestante em um modelo de atenção integral à saúde;
- Início precoce do cuidado pré-natal;
- Aumentar Cobertura universal com a garantia da periodicidade das consultas,
- No mínimo, realização de sete consultas durante a gestação;
- Realizar atividades educativas para as gestantes.

7. Estratégias metodológicas

Trata-se de um projeto de intervenção que segundo Teixeira (2010), é um projeto que pode ser desenvolvido na área educacional ou organizacional para promover uma intervenção no foco do problema, alterando a organização e a operação do sistema com a função de resolver ou atender as necessidades.

A proposta contou com três momentos, tendo como meta atingir o objetivo geral do projeto e a implementação das diretrizes propostas pela Rede Cegonha. Para tal, esses momentos envolveram a participação de profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde Família.

1º Momento: Oficina de Sensibilização:

Neste primeiro momento, realizado em 27 de agosto de 2017, foi elaborado o Diagnóstico Situacional da situação de saúde de Bicas, com a perspectiva da *formação-intervenção*, que se constitui como referencial teórico-metodológico do Curso. Elaboraram-se novas formas de pensar a organização da atenção às gestantes usuárias dos serviços do SUS municipal. Foi realizado também a sensibilização dos gestores, dos trabalhadores da rede de Atenção Básica e do

conselho municipal de saúde para importância das diretrizes da Rede Cegonha e dos indicadores a ela vinculados e pactuados juntos ao Ministério da Saúde. Discutiu-se sobre as estratégias utilizadas para qualificar a equipe de saúde na atenção no Pré-natal. Os eixos definidos como dificultadores no diagnóstico, foram discutidos e apresentaram desdobramentos, inclusive na organização de encontros periódicos das equipes de profissionais, na leitura da realidade de trabalho, possibilitando assim redefinição de ações e práticas quando necessário. Tivemos a presença de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, da Policlínica, das Unidades Básicas de Saúde, e do conselho de saúde.

2º Momento: Pactuação com a gestão municipal

Em 08 de novembro de 2017, foi pactuada a adoção de medidas para qualificar a assistência financeira aos exames durante o pré-natal para os próximos quatro anos de governo (2018, 2019, 2020 e 2021), por meio de uma Audiência Pública Municipal na Câmara de Vereadores, com a utilização do instrumento de gestão “Plano Plurianual” (PPA).

3º Momento: Capacitação de Pré-Natal Baseado em Evidências - PRENABE.

A proposta deste momento foi o diálogo sobre os elementos que compõem as diretrizes nacionais, o plano municipal de saúde o fluxo de rede para atender as demandas e diretrizes, que qualifiquem um melhor atendimento e destaquem avanços na atenção local ao segmento. Assim, teve como objetivo a atualização na atenção ao Pré-natal, baseada em recomendações da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da saúde e princípios da Medicina Baseada em Evidências.

Abordou-se elementos sobre definição de risco, atenção integral à saúde da mulher e da criança e sobre o processo de acolhimento e de humanização dos serviços municipais e de profissionais.

A capacitação foi realizada em três módulos, respectivamente, nos dias 16, 17 e 18 de novembro de 2017. O condutor da capacitação foi o obstetra Edson Borges, que utilizou estratégias pedagógicas tais como grupos focais, apresentação de casos clínicos, vivências e dramatizações de situações vivenciadas no processo de trabalho, que envolveram o período de descoberta da gravidez pela mulher, a atenção à gestante, bebê e família, acolhimento no teste para gravidez, rotina de

exames/vacinas, assistência na gestação de risco e morbidades mais comuns durante a gestação.

8. Resultados preliminares

Os resultados observados preliminarmente mostraram que, após a capacitação dos profissionais da saúde, houve uma melhora significativa no preenchimento do cartão de pré-natal, referente aos dados pessoais da mulher, da anamnese e do exame clínico. Sabe-se que o preenchimento do cartão de pré-natal é um dos elementos da fase pré-analítica fundamentais para a qualidade da sequencia do atendimento destas mulheres, que conseqüentemente refletirá na qualidade do parto e nascimento. O preenchimento correto dessas informações é de extrema importância, pois auxilia o profissional a interpretar os resultados durante as consultas na gravidez, além de possibilitar a identificação dos casos que devem ser revisados de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde.

Nesta intervenção também foi possível verificar um aumento significativo da liberação dos exames laboratoriais em tempo real, devido ao correto preenchimento da solicitação e da identificação do profissional responsável pelo pedido, garantido vaga zero, que, conseqüentemente, diminuiu a devolução dos exames às UBSs. A devolução do formulário de requisição devido à falta de preenchimento correto provocava atrasos na entrega dos resultados para as gestantes. Além de causar transtornos na rotina do serviço, gera custos adicionais ao sistema de saúde.

Na frente da gestão municipal da saúde foi possível garantir acesso igualitário a todas as mulheres no período gravídico realização completa do pré-natal, com todos os exames realizados, transporte garantido, e assim minimizando problemas como falta de dinheiro para locomoção na hora de realizar o pré-natal de alto risco em outro município, acesso ao serviço de saúde e ao emprego.

A partir desse primeiro passo iremos construir um Protocolo de Atendimento ao Pré-Natal da Atenção Básica de Bicas, onde irá atender aos princípios legais e éticos das profissões, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde, em suas três esferas de gestão.

As vantagens do uso de protocolos de assistência, garantem maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, o protocolo irá facilitar o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado.

9. Acompanhamento avaliativo do Projeto

O processo de avaliação deste projeto de intervenção será realizado de modo contínuo, mediante observação e levantamento de opiniões acerca de cada etapa desenvolvida na medida em que esta esteja ocorrendo. Dessa forma, se necessário, torna-se possível ajustar condutas e/ou estratégias no intuito de manter a continuidade do processo de aplicação do treinamento e capacitação da equipe de profissionais de nível superior da atenção básica.

Considera-se que o investimento trará retorno significativo na mudança de olhares, práticas e indicadores que integram a premissa de organização da rede de pré-natal e sua adequação a realidade municipal.

Um curso de atualização é, como o próprio nome indica, estar a par de novas ideias e conceitos que o mundo e o mercado acabam exigindo de nós. As mudanças têm acontecido de maneira muito rápida, sendo extremamente importante se capacitar para acompanhar as demandas que se transformam a cada dia.

10. Considerações finais

A partir de preceitos da prática baseada em evidências e dos aspectos éticos e legais, foram sintetizados princípios e conceitos para auxiliar os profissionais na elaboração de protocolos de assistência, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde maternoinfantil no município que será implantada, gradativamente, em todo o território.

A prática baseada em evidências é uma estratégia de decisão sobre as melhores práticas de cuidado em saúde e enfermagem, mundialmente utilizada, que precisa ser cada vez mais difundida e adotada pela Atenção Básica.

As mudanças de concepções e práticas de saúde dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão e dos processos de trabalho. É necessário que haja uma política de valorização do profissional de saúde, em que a aprendizagem se dê por meio de uma ação motivada, da codificação de uma situação problema, da qual se distancia para analisá-la criticamente.

O desenvolvimento desta intervenção no município de Bicas/MG, através da Secretaria Municipal de Saúde, pode ser uma ferramenta privilegiada de transformação organizacional que poderá impactar sobre o processo de trabalho com alta eficácia, afinal trata-se de uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pois irá abranger desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde e aspectos do planejamento, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto, até as questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério.

Referências utilizadas

ANDRADE, Marília. Assistência ao parto no Brasil. Aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. 2ª ed. São Paulo: [s.n.], 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de Setembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, Diário Oficial [da] União, 28 dez. 2007, Seção 1.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, Diário Oficial [da] União, 8 abr. 2005, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Disponível em: . Acesso em: 10 jun. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, 2006i. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17). Fonte:http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf

CLAP, Ana Paula Confortin et al. O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no Contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem. 2014..

GIOVANELLA, Ruth Hitomi. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

MONTICELLI, Marisa. O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, 2014.

VIERA, Emerson de Godoi Cordeiro. Gestação, parto e maternidade: uma visão holística. Belo Horizonte: Editora Aurora, 2005. Fonte: file:///C:/Users/user/Downloads/Atuao_do_enfermeiro_no_pr-natal_de_baixo_risco_em_uma_unidade_basica_de_sade.pdf

PAIM. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina. Legislações sobre o exercício da enfermagem. Florianópolis: COREn-SC, 2011.

TEIXEIRA, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do Município de João Pessoa – PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev Bras Saúde Matern Infant 2010; 13:29-37.

VILLAR, Marcos Leite dos. Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. FONTE: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>

VICTORA Fernanda Maria de Jesus S. Pires; CRIZOSTOMO Cilene Delgado; NERY Inez Sampaio; MENDONÇA Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO Olívia Dias de; ROCHA Silvana Santiago da. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal Revista Brasileira de Enfermagem *Print version* ISSN 0034-7167 *On-line version* ISSN 1984-0446 2016

ANEXOS

ANEXO I - ROTEIRO PARA ANÁLISE COLETIVA E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SERVIÇO



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA (CEEU-UFMG-MS)

ALUNA: VERÔNICA DA CUNHA BORDONAL

ROTEIRO PARA ANÁLISE COLETIVA E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SERVIÇO

Contexto deste documento e orientações para realização das análises e diagnóstico

Este instrumento está estruturado nas diretrizes que o Ministério da Saúde indica para qualificação dos serviços na perspectiva de reorganização do modelo de atenção obstétrico-neonatal.

Está organizado em três blocos:

- Análise de situação atual com base em diretrizes de organização do trabalho e atenção obstétrica e neonatal.
- Mapeamento de alguns dados de produção e eventos sentinela.
- Fatores dificultadores e facilitadores para operar mudanças no serviço.

Partindo da proposta do Curso de ofertar um processo formativo articulado à realidade concreta em que os trabalhadores-alunos estão inseridos, o instrumento deve ser utilizado seguindo-se três pressupostos metodológicos:

- (i) compreendendo-se os seus focos avaliativos como base para analisar a realidade atual de seus serviços,
- (ii) partindo dessa análise de “situação atual” para compor eixos de intervenção potenciais e possíveis para operar mudanças consideradas necessárias, isto é, no caminho de uma “situação desejada” e
- (iii) organizando rodas de conversa avaliativas em seus locais de trabalho (com colegas, equipes, gestores e usuários) para desencadear as análises/diagnóstico e construção de propostas (eixos de intervenção) de forma coletiva e ampliada (condição que se julga necessária para que uma proposta seja construída e implementada).

Esses pressupostos são coerentes com as diretrizes de gestão e avaliação participativa que se espera para os serviços e também são diretrizes do Curso, qualificando o trabalhador-aluno para disparar conversas avaliativas em seus locais de trabalho.

Para melhor entendimento do instrumento, a seguir demarcamos os itens de análise contemplados no Bloco 1.

- **Diretrizes e focos:** aqui colocados no sentido de “direcionar” o objeto e objetivo a serem alcançados. Trazem em si os atributos desejados para nortear/direcionar as mudanças desejadas e qualificação dos processos.
- **Parâmetros:** recorte de itens a serem observados, que indicam se o serviço está operando com aquela diretriz/focos na prática cotidiana.
- **Situação atual:** descrições/respostas que indicam como o serviço está funcionando ou o que tem implementado quanto aos itens correspondentes.
- **Dificuldades enfrentadas:** descrições/respostas sobre as dificuldades, limitações, problemas observados quanto ao funcionamento ou implementação daqueles itens.

Acerca da “nota avaliativa” para a situação atual

A partir da análise, orientamos que você dê uma nota de zero a 5 representando sua avaliação para cada conjunto de itens afins. Para isso, pontuar como zero ao considerar que aqueles itens não estão implementados ou funcionando muito precariamente e 5 ao considerar que estão funcionando o mais próximo do ideal.

Observação importante: Essa é uma perspectiva de avaliação qualitativa e aqui servindo apenas como ponto de partida para sua própria reflexão sobre o trabalho, seus desafios e seu papel. Não se trata de uma avaliação institucional, mas sim como recurso pedagógico para ajudar o trabalhador-aluno a ampliar o olhar analítico sobre o seu próprio trabalho. Trata-se portanto de uma resposta livre como trabalhador-aluno (e, se achar pertinente, discutindo a pontuação também com a equipe de seu serviço), refletindo sua “impressão global” da situação observada. Isso deve subsidiar uma reflexão sobre as mudanças necessárias e movimentos para isso. Caso queira, complemente seus comentários com a justificativa da nota atribuída.

BLOCO 1

ANÁLISE DE SITUAÇÃO ATUAL COM BASE EM DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

DIRETRIZES E FOCOS	PARÂMETROS	SITUAÇÃO ATUAL E NOTA AVALIATIVA	DIFICULDADES ENFRENTADAS
--------------------	------------	----------------------------------	--------------------------

DIRETRIZ: COGESTÃO			
<p>Gestão colegiada e participativa: O serviço tem buscado a democratização da gestão, ampliando a participação e corresponsabilização das equipes/trabalhadores nas análises, decisões e na organização dos processos de trabalho, com a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colegiado Gestor implementado, com plano e metodologia de trabalho pactuados • Agenda ativa de reuniões do colegiado gestor do serviço e colegiados das áreas/setores • Encontros periódicos de planejamento com participação de representantes de toda a Equipe • Contratos internos de 	<p>Temos um colegiado gestor, o COSEMS que trata de assuntos gerais a gestão das secretarias de saúde com reuniões mensais. É composto por secretários de saúde da Região de Saúde de Juiz de Fora.</p>	<p>O COSEMS é aberto aos gestores para discussões. O CIESP possui maior contato com os prefeitos para definição de condutas. O conselho de saúde não possui grande representatividade da população. Não temos pautas</p>

<p>estruturação de espaços de gestão compartilhados (colegiados gestores) e ativos.</p>	<p>gestão construídos coletivamente, com base em metas acordadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espaços e agendas periódicas das equipes para análises coletivas: dos dados do serviço, modos de funcionamento e relações de trabalho 	<p>No município de Bicas onde sou gestora temos o grupo de trabalho do PMAQ com reuniões periódicas semanais, e o Conselho Municipal de Saúde. Na microrregião de saúde São João Nepomuceno/Bicas temos 9 municípios que se reúnem mensalmente através do CIESP, nosso consórcio intermunicipal de saúde.</p> <p>Temos Comitês Municipais de Mortalidade Materno e Infantil</p>	<p>específicas da saúde da mulher. O hospitais que compõem a microrregião não se envolvem nas decisões, não temos pactuações com a Rede Cegonha. Nos municípios não temos como cultura o uso de protocolos, porém através do CIESP estamos iniciando grupos de trabalhos para definição de Protocolos Regionais.</p> <p>Pouca atuação dos Comitês.</p>
<p>Gestão participativa aos usuários:</p> <p>Mecanismos de escuta e participação dos usuários (mulheres, familiares, acompanhantes), propiciando condições para corresponsabilização com os procedimentos de cuidado e autonomia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conselhos ativos • Ouvidoria • Pesquisas de satisfação de usuários • Utiliza as informações da Ouvidoria como subsídio para o planejamento 	<p>Conselho Municipal de Saúde em todos os municípios.</p> <p>Ouvidoria deficitária, não possuímos própria utilizamos a do ESTADO, Ministério da Saúde ou do município de Juiz de Fora.</p> <p>Pesquisa de satisfação implantada recentemente.</p> <p>Para planejamento utilizamos as conferências de saúde, os relatórios anuais de gestão, para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e Programação Anual de Saúde (PAS) que devem ser aprovados pelo CMS</p>	<p>Porém pouca efetividade dos CMS</p> <p>A ouvidoria é pouco divulgada entre os usuários</p> <p>Não temos dados apurados através das pesquisas de satisfação.</p>

DIRETRIZ: ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO LOCAL DE TRABALHO			
<p>Acolhimento como atitude de abordagem e escuta respeitosa, “acolhedora” e comprometida com respostas que garantam vínculo e responsabilidade com a usuária, sem nenhum tipo de discriminação(#)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos Realização de ACR na porta de entrada 24 horas por dia, todos os dias da semana, baseado em protocolo específico para obstetrícia. Redução do tempo de espera da mulher para ser atendida? O atendimento é priorizado de acordo com o grau de risco baseado em protocolo? 	<p>O acolhimento nas UBS ocorrem de forma aleatória sem protocolo para conduta</p>	<p>Ausência de protocolos para acolhimento dos usuários nas UBS</p> <p>Não temos protocolos específicos para OBSTETRÍCIA</p> <p>Não temos atendimento 24 horas</p> <p>A prioridade para gestante nem sempre é respeitada</p>
<p>Acolhimento e Classificação de Risco: dispositivos de organização do atendimento, priorizando-se conforme grau de risco.</p>		<p>As mulheres nas UBS não tem atendimento prioritário, a não ser que ela solicite.</p> <p>Não existem triagem nas UBS</p>	

(#) Acolhimento também como respeito às diversidades étnico-culturais e populações em situação de vulnerabilidade, levando em conta o perfil socioepidemiológico da região. Pressupõe a oferta estratégias compatíveis com necessidades de saúde específicas, hábitos e diversidades étnicas e culturais de mulheres indígenas, quilombolas, ciganas, ribeirinhas, extrativistas, etc. Em relação às mulheres indígenas é importante assegurar hábitos alimentares, presença de interprete, adequação da estrutura, tal como o uso de redes, respeito à presença de acompanhantes indígenas (família), entre outras especificidades loco-regionais. No que se refere às usuárias de álcool e outras drogas, em situação de rua, é importante dar agilidade na vinculação das pacientes aos consultórios na rua. Quanto às mulheres em situação de privação de liberdade, garantir o parto humanizado e o estabelecimento de vínculo com a criança.

<p>Estratégias de comunicação para com os Usuários</p>	<ul style="list-style-type: none"> Informações visuais afixadas com identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do serviço ao SUS, nomes e horários dos trabalhadores), sobre direitos dos usuários Outras 	<p>As informações visuais são existentes nas unidades, mas não na totalidade.</p>	<p>Faltam informações sobre os direitos dos usuários</p>
<p>“Vaga Sempre” para a gestante e o recém-nascido (RN): Garantia de vaga para internação em todo e qualquer momento de necessidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> % de mulheres com parto realizado no primeiro serviço % de mulheres que foram transferidas de outro serviço % de mulheres que foram transferidas deste serviço; % de RN do serviço encaminhado para a UTI Neonatal própria ou referenciada 	<p>98% das mulheres de Bicas são encaminhadas para os Hospitais de Juiz de Fora para realização do parto. O hospital São José de Bicas não realiza partos há cerca de 4 anos</p>	<p>Não dispomos de profissionais com especialidade em Obstetrícia no Hospital São José de Bicas.</p>

	% de RN encaminhado para UTI Neonatal de outro serviço		
<p>Trabalho compartilhado em Equipe Multiprofissional:</p> <p>Considera-se em trabalho compartilhado a equipe que utiliza de vários recursos, como Projeto Terapêutico Singular (PTS), reunião para discussão de casos, ronda compartilhada, alta compartilhada, prontuário integrado, entre outros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Configuração de equipe multiprofissional de referência para o cuidado • PTS elaborado pela equipe • Reuniões regulares de discussão de casos • Ronda compartilhada • Prontuário integrado 	<p>Nas UBS de Bicas temos médicos e enfermeiros, e na policlínica temos uma médica ginecologista atendendo uma vez por semana. Não temos reuniões regulares entre as equipes multiprofissionais.</p> <p>Temos nutricionista e psicólogos. Uma nutricionista para atender 5 UBS e 3 psicólogos.</p> <p>Os casos de PNAR são encaminhados para o projeto VIVA VIDA em Juiz de Fora</p>	<p>Os encaminhamentos geram transportes para Tratamento Fora do Domicílio onerando o município, a falta de um fluxo definido e de protocolos tem gerados partos prematuros e altos índices de cesariana.</p>
<p>Equipe horizontal de cuidado: equipe responsável por manter vinculação e comunicação articulada tanto entre profissionais como com usuários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de diarista (mínimo de 4 horas dia) na rotina acompanhando as internações e responsável pelo cuidado de forma compartilhada com as equipes de plantão 	NÃO SE ENQUADRA A REALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	
<p>Direito ao Acompanhante: direito de escolher quem acompanhará durante toda a internação (Lei 11.108/2005).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de estímulo à presença e participação do acompanhante desde os momentos do pré-natal, realização de exames, internação e ao recém-nascido • % de mulheres com acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto 	As mulheres da região são pouco informadas sobre esse direito	Os profissionais não tem informado essa lei nas consultas de PN
<p>Garantia de livre acesso aos pais e/ou responsáveis na Unidade Neonatal: direito de permanência da mãe ou do pai junto ao RN 24h por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normas e rotinas escritas e divulgadas a toda equipe acerca da garantia do livre acesso • % de RN internados com livre acesso de acompanhante 24h 	As mulheres da região são pouco informadas sobre esse direito	Os profissionais não tem informado essa lei nas consultas de PN

--	--	--	--

Comitê de aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> Comitê ativo e com equipe multidisciplinar para apoio às ações de aleitamento 	Não dispomos desse comitê na Atenção Básica	
Comissão de discussão interna das Mortes Maternas, Infantis e fetais(##)	<ul style="list-style-type: none"> Comissão ou Núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento % de óbitos maternos investigados % de óbitos infantis investigados 	Não dispomos dessa comissão na Atenção Básica	Possuímos um comitê pouco atuante no município de Bicas

(##) As comissões hospitalares são serviços para investigação do óbito nos hospitais. De acordo com as Portarias GM Nº1119, de 05/06/2008 e GM Nº 72, 11/01/2010, a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e os hospitais devem estabelecer Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE). As comissões ou núcleos devem ser compostos por equipes envolvendo direções técnicas, clínicas e de enfermagem. A sua função é “realizar busca ativa, diariamente, de óbitos maternos declarados e óbitos de mulher em idade fértil, ocorridos ou atestados em suas dependências, independente da causa e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos na Portaria” e “realizar busca ativa, diariamente, de óbitos infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos na Portaria”.

DIRETRIZ: GARANTIA DE CUIDADO EM REDE			
Vinculação da gestante à maternidade de referência: definição de referência territorial para vincular as gestantes a equipes de referência, seja na atenção básica, seja no local onde ocorrerá o parto, evitando a peregrinação da mulher e criança e a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado (###)	<ul style="list-style-type: none"> Desenho de vinculação entre Unidades de Atenção Básica (AB) e a maternidade como referência Mecanismos de comunicação com a AB com ênfase em pessoas em situação de vulnerabilidade (RN de risco; usuárias de AD; Adolescentes, deficiência, má formação...) Alta responsável: documentos e orientações para mulher e família (ex: Caderneta; relatório de alta, agendamento; cuidado compartilhado entre maternidade e AB para o RN de risco) Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade % de mulheres com visitas realizadas na maternidade durante o pré natal 	Possuímos uma rede de urgência e emergência definida, que também inclui o atendimento materno. Algumas vezes a regulação é direta outras vezes temos que utilizar a central de guias o SUS Fácil	Não existe efetivamente uma vinculação da gestante com a maternidade referência, até mesmo que são várias maternidades que atendem SUS e somente no momento da regulação que se define para qual unidade a gestante será direcionada, e a distância entre os municípios da microrregião São João Nepomuceno/Bicas impendem que a gestante procure a unidade antes do trabalho de parto.

(###) A Lei nº 11.634/2007 em seu art. 1º estabelece que toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. § 1º a vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal. § 2º a maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério. Art. 2º o SUS analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

DIRETRIZ: ATUAÇÃO DA(O) ENFERMEIRA(O) OBSTÉTRICA(O) NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES, RECÉM-NASCIDOS E FAMÍLIA			
Enfermeiras (os) Obstétricas (os) na assistência às mulheres, seus recém-nascidos e família, no pré-natal, parto e puerpério.	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência a gestantes e familiares no PNRH (pré-natal de risco habitual), com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas; • Identificação das gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhamento para consulta médica e, se necessário, equipe multidisciplinar; • Assistência às gestantes e familiares no PNAR (pré-natal de alto risco) juntamente com o médico e equipe multidisciplinar; • Estímulo à mulher quanto ao conhecimento sobre o seu corpo e compreensão das alterações ocorridas de forma que ela possa atuar de maneira mais consciente no seu gestar; • Realização de anamnese, para obter histórica clínica específica da mulher; • Admissão e assinatura da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para parto normal sem distócia; • Registro e interpretação dos achados na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério (ex: partograma); • Assistência materno-fetal às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas; • Assistência materno-fetal às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar; • Assistência materno-fetal, 	<p>Os enfermeiros realizam a primeira consulta nas UBS de PNRH, porém não dão continuidade, os médicos das UBS dão continuidade ou encaminham para o obstetra ou centro de referência.</p> <p>As outras situação não se enquadram a Atenção Básica</p>	<p>A dificuldade é a falta de um protocolo implantado para realização do PNRH</p>

	<p>durante o trabalho de parto, às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar; • Assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia), com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas; • Identificação de distócias obstétricas e tomada de providências necessárias até a chegada do médico obstetra; • Assistência ao recém-nascido com boa vitalidade ao nascer, no momento do parto, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas; • Identificação de alterações na vitalidade do RN ao nascer e tomada de providências necessárias até a chegada do pediatra; • Avaliação da puérpera de risco habitual no Alojamento Conjunto, com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas; • Avaliação da puérpera de alto risco no Alojamento Conjunto, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar; • Incentivo, aconselhamento e ajuda prática no aleitamento materno; • Avaliação do RN, incluindo o primeiro exame físico; • Alta da puérpera de risco habitual; • Alta do RN, cuja mãe teve uma gestação de risco habitual, que tenha nascido com boa vitalidade e mantido evolução fisiológica durante a internação; • Assistência às mulheres em situação de 		
--	---	--	--

	<p>abortamento (identificação, apoio e orientações, pós-abortamento);</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de partos normais assistidos por Enfermeiras Obstétricas; • % de RNs assistidos por Enfermeiras Obstétricas. 		
--	---	--	--

DIRETRIZ: BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA

Métodos não farmacológicos de manejo da dor	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de métodos não farmacológicos de manejo da dor como massagens, bola, banho, exercícios respiratórios, cavalinho, escada de ling • % de mulheres com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor 	Não existem orientações para o manejo do alívio da dor, pois não há conhecimento de unidades hospitalares de referência que aplicam esses métodos efetivamente.	A região de saúde não possui atualização ou autonomia para aplicação de Boas Práticas Obstétricas.
Métodos não farmacológicos de manejo da dor para o RN	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos não farmacológicos de manejo da dor no RN tais como sucção ao seio, oferta de glicose oral e contato pele a pele 	Não se aplica na atenção básica	
Parto em posição não supina	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulo à liberdade de posição e movimento e às posições não supinas durante o trabalho de parto • % de mulheres com parto na posição não supina 	Não se aplica na atenção básica, se enquadra na mesma situação do alívio da dor.	
Uso de líquidos e/ou alimentos leves durante trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de líquidos e/ou alimentos leves durante o trabalho de parto e parto • % de mulheres que receberam oferta de líquidos durante trabalho de parto 	Não se aplica na atenção básica, se enquadra na mesma situação do alívio da dor.	
Enfermeiros obstétricos em parto de baixo risco em todos os plantões	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros obstetras assistindo parto de baixo risco em todos os plantões • Enfermeiro obstetra realizando a admissão e assinatura da AIH • % de partos normais realizados por Enfermeiros obstetras 	Não se aplica na atenção básica.	
Contato pele a pele imediato entre mãe e bebê: contato pele a pele conforme as indicações previstas nas portarias	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele • % de mulheres com contato pele a pele ele 	Não se aplica na atenção básica, se enquadra na mesma situação do alívio da dor.	

371/2014 1153/2014	e			
Amamentação na primeira hora de vida: estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014		<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele • % de RN com amamentação na primeira hora de vida 	Não se aplica na atenção básica	
Clampeamento de cordão umbilical em tempo oportuno: clampeamento após cessadas as pulsações (aproximadamente de 1 a 5 minutos) para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014		<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo ou orientação institucional para o clampeamento, conforme indicação da portaria 	Não se aplica na atenção básica.	
Cuidado Progressivo Neonatal: serviços com Unidade Neonatal (UTIN, UCINco e UCINca) em funcionamento de acordo com a portaria GM/MS nº 930/2012		<ul style="list-style-type: none"> • Espaço de convivência para as mães (Sala de atividades, área de deambulação, grupos operativos) e espaço para mães da UCINca lavarem pequenas peças de roupas • Mecanismos que favoreçam a permanência das mulheres na maternidade enquanto elas e/ou seus bebês precisam de atenção hospitalar ou ainda que facilitem seu deslocamento entre a residência e a maternidade 	Não se aplica na atenção básica	
Presença de Doula durante trabalho de parto		<ul style="list-style-type: none"> • Nº de mulheres que tiveram apoio de Doulas durante o trabalho de parto 	Não se aplica na atenção básica.	
Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de		<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de atendimento humanizado ao abortamento, seguindo os critérios indicados (##) • Oferta de cuidado imediato às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação 	Não se aplica na atenção básica	

abortamento(####)	de abortamento <ul style="list-style-type: none"> • Oferta de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento • Orientações para as mulheres que desejam nova gestação • N.º de mulheres atendidas em situação de abortamento 		
Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de violência sexual(#####)	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de atendimento às situações de violência, seguindo os critérios indicados (#####) • Oferta de cuidado imediato às mulheres em situação de violência • N.º de mulheres em situação de violência atendidas 	Hoje as mulheres em situação de violência são encaminhadas ao centro de referência em Juiz de Fora	

(####) Oferta não só de cuidado imediato às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade do atendimento e com disponibilização de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento e orientações para aquelas que desejam nova gestação. A atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, baseia-se nos referenciais éticos, legais e bioéticos. Ênfase nos princípios fundamentais da bioética: (a) autonomia, (b) beneficência, (c) não maleficência e (d) justiça. Deve ser implantado o protocolo de atendimento humanizado ao abortamento de acordo com suas classificações, incluindo as ações de planejamento reprodutivo no serviço e o fluxo definido com a rede locorregional. Destaque para (i) condutas adequadas para esvaziamento uterino, segundo norma técnica do M/2010, sendo disponibilizada técnica da AMIU (até 12ª IG); a técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com os casos; (ii) oferecimento de métodos contraceptivos: DIU, injetável mensal ou trimestral; e (iii) orientações para mulheres que desejem nova gravidez.

(#####) Oferta de atenção qualificada nas situações de violência, especialmente a violência sexual. O atendimento deve ser realizado em local específico no sentido de garantir a necessária privacidade durante a entrevista e os exames. É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. Importante identificar se o serviço hospitalar tem protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual implantado ou em processo de implantação com destaque para (i) organização do fluxo intrainstitucional e intersetorial; (ii) garantia de privacidade; (iii) mecanismos para trabalho em equipe; (iv) registro e acompanhamento das notificações por faixa etária; (v) registro e acompanhamento dos procedimentos realizados por faixa etária.

DIRETRIZ: AMBIÊNCIA			
Ambiência na maternidade: qualidade dos ambientes como espaços adequados para o conforto dos trabalhadores e usuários,	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação dos ambientes conforme RDC 36 de 2008, principalmente em relação à estrutura de quartos PPP. 	Não se aplica na atenção básica	

especialmente assegurando privacidade e conforto às mulheres e seus acompanhantes.			
Ambiência na Neonatologia (UTIN, UCINco, UCINca – Cuidado intermediário convencional e canguru).	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação dos ambientes, garantindo conforto térmico, luminoso e acústico no salão coletivo dos leitos. • Cadeira/poltrona para acompanhante em toda unidade neonatal. • Espaço de convivência para as mães-puérperas 	Não se aplica na atenção básica	

DIRETRIZ: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO

DIRETRIZ: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO			
Estratégias de Educação Permanente no Serviço: iniciativas de educação permanente, especialmente nos temas relacionados às boas práticas e cuidado obstétrico-neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta ou viabilização de atividades de educação permanente para as equipes 	Temos grupos de gestantes com realização mensal	Baixa adesão das mulheres

DIRETRIZ: RELAÇÕES DO SERVIÇO COM AS INSTÂNCIAS GESTORAS LOCORREGIONAIS E PARTICIPAÇÃO EM FÓRUNS INTERSETORIAIS

DIRETRIZ: RELAÇÕES DO SERVIÇO COM AS INSTÂNCIAS GESTORAS LOCORREGIONAIS E PARTICIPAÇÃO EM FÓRUNS INTERSETORIAIS			
Relação com Secretaria Estadual de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SES onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil 	A Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora tem uma boa atuação e parceria com as SMS	Falta de foco na saúde da mulher
Relação com Secretaria Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SMS onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil 	Não existe um bom feed back entre as secretarias de saúde e hospitais tanto da microrregião que são três quanto na macrorregião	Falta de interação entre as secretarias e hospitais
Participação no	<ul style="list-style-type: none"> • O serviço participa do Fórum Perinatal 	Não temos Fórum	

Fórum Perinatal	(municipal e/ou regional) com representantes da gestão e assistência	Perenitais na região	
------------------------	--	----------------------	--

BLOCO 2

MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA EM BICAS-MG

MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA RELEVANTES	
Nº. de partos realizados por JAN A DEZ 2016 (NASCIDOS)	115
Nº e % de partos normais/ JAN A DEZ 2016	52 PN – 45,21%
Nº e % de cesáreas/ JAN A DEZ 2016	63 CESÁREAS - 54,7%
Nº e % de cesáreas em primíparas por faixa etária	
Nº e % de cesáreas por principais indicações	
Nº e % de parto normal em mulheres com cesárea anterior	
Nº de mortes maternas/2016	01
Nº de mortes neonatais/2016	05

BLOCO 3

FATORES DIFICULTADORES E FACILITADORES PARA OPERAR MUDANÇAS NO SERVIÇO

Baseando nos resultados de suas análises e diagnóstico realizados inclusive por meio de conversas com equipes e gestores do serviço, sintetize o que você considera fatores dificultadores/limitadores e facilitadores/favoráveis a mudanças no serviço, no sentido do aprimoramento do modelo de atenção e gestão no campo obstétrico-neonatal.

1) Fatores dificultadores/limitadores

Cultura da população, falta de preparo dos profissionais da atenção básica para atendimento ao pré-natal, falta de priorização ao atendimento a saúde da mulher como um todo, ausência de protocolos em atendimento ao pré-natal, desestruturação dos hospitais da microrregião, falta de comissões e comitês direcionados a saúde da mulher.

2) Fatores facilitadores/favoráveis

Acesso aos grupos dos gestores para sensibilização e mobilização para o processo de criação de protocolo, líder das equipes de saúde da família onde as consultas de pré-natal ocorrem para estimular as equipes na atenção básica.

ANEXO II – APRESENTAÇÃO PRENABE

Nosso Currículo



Edson Borges de Souza

Médico obstetra do Hospital Sofia Feldman, onde coordena a residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Atuou como apoiador da Rede Cegonha (2011-2016). É consultor em aleitamento materno. Palestrante nas áreas de Humanização do Parto e Aleitamento Materno. MBA em gestão empresarial pela FGV. Idealizador e coordenador do PRENABE.

A história do Curso

O curso PRENABE começou a ser construído em 2015, a partir da realização de cursos pilotos no Ceará (Tauá) e Rio Grande do Sul (Passo Fundo, Palmeira das Missões, Erechim e Alegrete). Desde 2016 vem sendo reconstruído aperfeiçoado e aplicado do Distrito Norte de Belo Horizonte. Nesta etapa, o curso contou com a intensa participação de profissionais e gestores do município. Atualmente, o PRENABE está sendo ofertado a outros distritos sanitários de Belo Horizonte.

O que dizem os participantes

“Curso excelente, deve ser estendido para TODOS os profissionais que acompanham pré-natal. ”

Participante do PRENABE em Belo Horizonte, 2017

Nosso Contato

Edson Borges de Souza

Fone: 31 99229-9004

E-mail: edsonsouza71@yahoo.com.br

PRENABE

Pré-Natal Baseado em Evidências

O Curso

O PRENABE é um curso de atualização em pré-natal, baseado em recomendações da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde, e princípios da Medicina Baseada em Evidências.

O curso busca responder às principais dúvidas de profissionais de saúde que fazem pré-natal na atenção primária, levando em conta os recursos disponíveis (humanos e tecnológicos) e as formas de organização da rede de atenção à saúde locais.

Todo o conteúdo é discutido a partir de casos reais comuns na prática clínica. O curso é ideal tanto para profissionais do setor privado quanto do setor público. Para profissionais do setor público o apoio do gestor local no planejamento e execução é indispensável.

Conteúdo

Módulo 1: Organização do Pré-Natal, Primeira Consulta, Qualidade no Pré-natal, Hábitos e estilos de vida (tabagismo, etilismo, uso de substâncias), Obesidade, Atividade física e relação entre pré-natal e trabalho (questões da mulher trabalhadora grávida).

Módulo 2: Infecções na Gravidez (sífilis, infecção urinária, toxoplasmose, dengue/Chikungunya/Zica); Queixas comuns durante a gravidez.

Módulo 3: Condições e intercorrências clínicas comuns na gravidez (Hipertensão, CIUR, diabetes gestacional, prematuridade, depressão perinatal, anemia/suplementação com ferro e ácido fólico).

Módulo 4: Manejo clínico no final da gravidez (via de parto, momento do parto, avaliação da vitalidade fetal, pesquisa de estreptococos do grupo B); discussão do plano de parto.

Duração

Cada módulo tem duração de 4 horas e 30 minutos. A duração total do curso é de 18 horas.

Público-alvo

Profissionais da atenção primária e especialistas que atuam na assistência ao pré-natal (médicos generalistas, ginecologistas, enfermeiras generalistas e enfermeiras obstetras).

ANEXO III – PROGRAMAÇÃO DO PRENABE

PROGRAMAÇÃO (Formato compacto – 2 dias seguidos)

O PRENABE utiliza o modelo de rotação de estações. Cada turno de 4 horas e 30 minutos possui uma sessão inicial com duração de 60-70 minutos e 4 estações com duração de 40 minutos. A pontualidade para início e término de cada uma dessas atividades é fundamental para o funcionamento do curso.

Horários	Dia 1	Dia 2
	Módulo 1	Módulo 3
7:30 Sessão	Organização do pré-natal	Síndromes hipertensivas na gravidez
9:00 Estação 1	Acolhimento e Primeira consulta	Anemia-sulfato ferroso-ácido fólico
9:40	Intervalo	Intervalo
10:00 Estação 2	Obesidade, dieta e atividade física	Prematuridade
10:40 Estação 3	Tabagismo, etilismo e outras drogas	Diabetes na gravidez
11:20 Estação 4	Vacinas, aspectos relacionados com o trabalho	Depressão perinatal
12:00	Almoço	Almoço
	Módulo 2	Módulo 4
13:30 Sessão	Queixas comuns na gravidez	Abordagem do medo do parto
15:00 Estação 1	Sífilis	Via de parto – Indicações clínicas de cesariana
15:40	Intervalo	Intervalo
16:00 Estação 2	Toxoplasmose	Fase latente
16:40 Estação 3	Infecção Urinária	Vigilância fetal e Momento do parto e
17:20 Estação 4	Dengue-Zica-Chikungunya	Rastreio de estreptococcus do Grupo B
18:00	Encerramento	Encerramento