

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CLEICE ROSANI AZEVEDO DOS REIS

**IMPLEMENTANDO O PRÉ-NATAL COM A CADERNETA DA GESTANTE:
UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA.**

BELÉM-PARÁ

2015

CLEICE ROSANI AZEVEDO DOS REIS

**IMPLEMENTANDO O PRÉ-NATAL COM A CADERNETA DA GESTANTE:
UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA.**

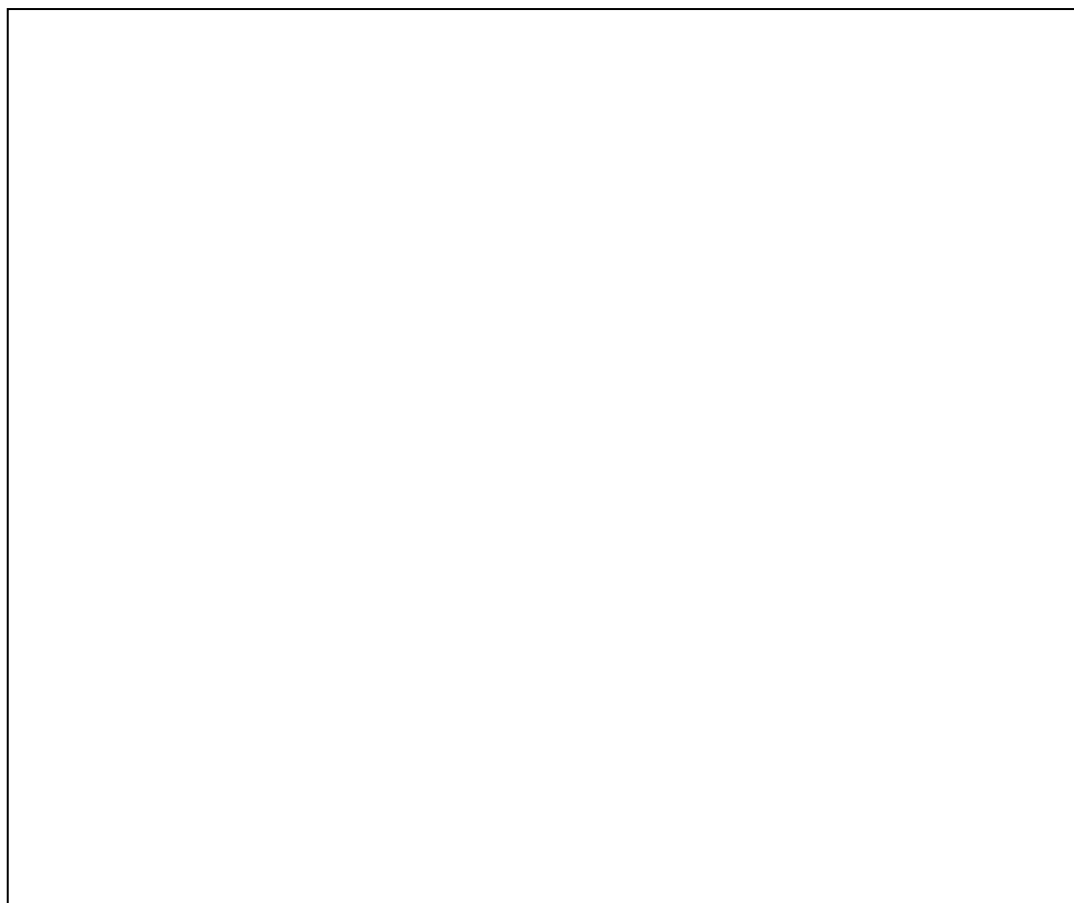
**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Enfermagem
Obstétrica- Rede Cegonha da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito
parcial para obtenção do título de
especialista.**

**Orientadora: Prof^a MSc. Ana Paula
Oliveira Gonçalves.**

BELÉM

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the lower half of the page. It is intended for a catalog card or a detailed description of a book or document.

CLEICE ROSANI AZEVEDO DOS REIS

**IMPLEMENTANDO O PRÉ-NATAL COM A CADERNETA DA GESTANTE:
UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA.**

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

**Orientadora: Prof^a MSc. Ana Paula
Oliveira Gonçalves.**

APROVADO EM ____/____/ 2015

Prof^a MSc.: Ana Paula Oliveira Gonçalves- Orientadora

Prof. Dra. Marta Amaral

Prof. MSc. Andréa Ribeiro da Costa

Aos meus pais, pelo exemplo;

Ao meu esposo, pela paciência;

Ao meu filho pelo motivo de viver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus e Nossa Senhora de Nazaré, por ter me dado forças quando o caminhar ficou difícil, quando as lágrimas de desespero inundaram meu olhar, quando me senti fraca e incapaz de alcançar tamanha conquista, nestes momentos sentia sua presença viva em meu coração, e de alguma forma dissolviam-se os problemas e as coisas positivas aconteciam milagrosamente.

Agradeço imensamente aos meus pais Calisto e Raimunda pelo exemplo, estes me deram a oportunidade de nascer em um lar com predomínio feminino, somos cinco mulheres, sem dúvida com características inigualáveis, a Cláudia agradeço sua proteção, a Cleide sua força, a Cléa sua delicadeza e a Renata sua vitalidade, neste meio apenas um homem o Cláudio, a quem admiro por seu profissionalismo.

Neste caminhar estudantil tive a oportunidade de me formar Enfermeira, e guiada pelo destino cheguei ao município de Parauapebas, local que conheci o meu esposo, sem dúvida das missões mais impossíveis de um homem é ser esposo de uma enfermeira, pois os nossos horários dependem de uma escala, neste universo, agradeço seu incentivo e paciência.

Agradeço aos meus filhos Davi pelo amor e companheirismo, e a minha pequena que trago ainda em meu ventre.

Agradeço a professora Patrícia Daniele Soares e a professora Ana Paula Gonçalves que superaram seus limites, para que um projeto pedagógico se transformasse em uma realidade, aos professores da teoria que repassaram não apenas conteúdo, mas plantaram em mim a semente da vontade de aprender e estudar mais, aos preceptores que nos receberam seus locais de trabalho.

Aos colegas de turma, em especial a Maria Aparecida e Domingas, que com sua força e determinação são exemplos para mim enquanto profissional, que eu sempre tenha essa vontade de mudança, não importa a idade e as adversidades, pois batalhas traçamos todos os dias, principalmente porque temos a missão de ser enfermeiras.

“Se entendermos os processos educativos em serviço como intervenções capazes de mobilizar, circular, produzir, elaborar e apreender conhecimento, tecnologias, valores e sentimentos, se compreendermos que tais intervenções se dão em instituições de poder formal e informal estruturadas numa dada cultura organizacional, se considerarmos a educação continuada como intervenção que desloca esses saberes e, portanto, mobiliza poder, podemos situá-la como atividade técnica e política, em sua dimensão estratégica.” FRANCO (2010).

RESUMO

O cartão da gestante foi criado no Brasil em 1988, com o propósito de armazenar informações, facilitando a comunicação entre profissionais que realizavam a assistência pré-natal e os que realizaram o parto nas maternidades (LEAL et al, 2012). Com o propósito de qualificar a atenção pré-natal, a Área Técnica da Saúde da Mulher elaborou a caderneta da gestante, a qual incluiu além das informações da gestação, assuntos importantes para conhecimento da gestante e no ano de 2014 começou a ser distribuída aos municípios, sendo instrumento fundamental para o registro das informações de acompanhamento da gestação e deve ser parte importante do processo de trabalho no SUS, mediante sua utilização em todas as consultas do pré-natal.

Por meio de uma abordagem metodológica denominada ateliê de conhecimento, ocorreram nas unidades de saúde e maternidade encontros para divulgar a caderneta da gestante e orientar seu correto preenchimento. Os ateliês de conhecimento geraram um grande recurso para a elaboração de melhorias a assistência pré-natal no município de Parauapebas-Pa, visto que as equipes relataram as dificuldades encontradas em seu dia-a-dia.

Palavras-chave: Educação permanente. Cuidado pré-natal. Caderneta da gestante.

ABSTRACT

The prenatal booklet was created in Brazil in 1988, with the purpose to store information, facilitating the communication among professionals who performed the prenatal care and those who made childbirth in maternity wards (LEAL et al, 2012). With the goal to qualify prenatal care, the Technical Area of Women's Health elaborated the pregnant woman's book, which has included in addition to information about the pregnancy, important subjects for the knowledge of the pregnant woman, and in the year of 2014 it started to be distributed to the counties; it is a fundamental instrument for recording information of the pregnancy monitoring and must be an important part of the work process in SUS, through their use in all the prenatal visits.

Through a methodological approach called workshop of knowledge, it happened in the health units and maternity wards, meetings to spread pregnant woman's book and to guide its correct completion. The workshop of knowledge generated a great resource for the elaboration of improvements to the prenatal care in the municipality of Parauapebas-Pa, already that the teams reported difficulties found in their day-to-day.

Keywords: Continuing education. Prenatal care. Pregnant woman's book.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01: Número de óbitos maternos no município de Parauapebas nos anos de 2010 a outubro de 2015.....	20
Fig.: 01: Total de Leitos por especialidades no município de Parauapebas-Pará.....	21
Fig.: 02: Caderneta da gestante e Manual da Caderneta da gestante para profissionais de Saúde.....	28
Fig.03: Ateliê conhecimento com equipe de Zona Rural.....	39
Fig.04: Ateliê de Conhecimento com equipe da Unidade de Saúde Cidade Nova.....	39
Fig.05: Ateliê de Conhecimento com os Coordenadores de Distrito.....	39
Fig.06: Ateliê de Conhecimento na Unidade de Saúde do Guanabara.....	39
Fig.07: Ateliê de Conhecimento no PSF- Liberdade II.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Cobertura Assistenciais da Atenção Básica.....	19
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

EACS- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ESB- Estratégia de Saúde Bucal

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SISPRENATAL- Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

FIG.: Figura

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	13
2- PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	17
3- APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	18
4- JUSTIFICATIVA	21
5- REFERENCIAL TEÓRICO	23
5.1- MODELO REDE CEGONHA	23
5.2- ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO CONTEXTO ATUAL	24
5.3- CADERNETA DA GESTANTE	28
6- PÚBLICO ALVO	30
7- OBJETIVOS	30
8- METAS	30
9- METODOLOGIA	31
10- CRONOGRAMA	34
11- ORÇAMENTO	35
12- RECURSOS HUMANOS	36
REFERÊNCIA	37
APÊNDICE	40

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a Saúde da Mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, as demandas relacionadas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2004), com uma visão apenas biológica e fragmentada.

Por meio de reivindicação de grupos feministas organizados, o Ministério da Saúde em 1984 lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em um momento de grande revolução, se concebia neste período o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS.

Em 19 de setembro de 1990 foi lançada a Lei 8.080, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), a qual afirma, saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado garantir a saúde na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Nesta perspectiva o PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama.

Por meio da descentralização e municipalização do SUS, os municípios incorporaram grande responsabilidade na efetivação destes programas, mesmo com grandes avanços, ainda sim, observava-se uma assistência fragmentada e incompleta. Em 2003, a área técnica de Saúde da Mulher identifica a necessidade de incluir outras temáticas como: atenção à mulheres rurais, com deficiências, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e ao meio ambiente.

Em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes, este documento incorpora, num enfoque, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2004).

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos. São consideradas mulheres em idade reprodutiva a faixa etária de 10 a 49 anos, atualmente representa 63,82% da população do país, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (DATASUS, 2012).

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas e nutricionais e metabólicas, a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as primeiras causas de morte, no entanto, são relevantes, haja vista que a gravidez não é doença e sim um evento relacionado à vivência da sexualidade e na sua maioria são eventos evitáveis, afirma Brasil (2004).

A mortalidade materna é um indicador de grande relevância para avaliar a qualidade da assistência em saúde. O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990 (BRASIL, 2012).

Em 1990 ocorriam 140 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Para atingirmos o objetivo do milênio essa taxa deve atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2012). O Manual de Gestação de Risco Habitual do Ministério da Saúde enfatiza a gravidez na adolescência como um o grande desafio e alerta para o aumento de óbitos nessa faixa etária.

Fatos importantes estão associados à redução da mortalidade materna no país, são a es importantes: ampliação, qualificação e humanização da atenção   saúde da mulher no SUS, associado a Política Nacional de Atenção Integral   Saúde da Mulher e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assim como a Vigilância de  bitos Maternos, no entanto alcanç ar a meta do objetivo do mil nio, depende de a es mais efetivas (BRASIL, 2012).

Em 01 de junho de 2000 o Ministério da Saúde lanç o o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento através da Portaria/GM n  569, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica   gestante, ao recém-nascido e   mãe no período pós-parto.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e

Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (PNH-MS; p.05-06).

O Programa de Humanização de Parto e Nascimento, contava com 03 componentes: Componente I: Incentivo à Assistência Pré-natal; Componente II: Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e Componente III: Nova sistemática de Pagamento da Assistência ao parto.

Onze anos após este programa o Ministério da Saúde lança o Programa Rede Cegonha foi instituída em 2011 através da Portaria no. 1.459, é composta por um conjunto de medidas que visam garantir às mulheres, usuárias do SUS, o atendimento adequado, seguro e humanizado, a partir da confirmação da gravidez.

O Programa Rede Cegonha tem como prioridade a atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, e a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida, ainda assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, com o objetivo de reduzir morbimortalidade materna e infantil, além de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade.

A adesão ao programa poderia ser das seguintes formas: facilitada ou integrada. No primeiro momento os municípios poderiam fazer adesão ao componente Pré-Natal e Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. Os componentes Parto e Nascimento e Sistema Logístico (transporte sanitário e regulação) só poderiam ser implementados mediante a Elaboração dos Planos Regionais da Rede Cegonha, a partir de formação de Grupos Condutores Regionais e com apoio do Grupo Condutor Estadual.

Quando os municípios fizeram suas adesões municipais, receberam incentivos para qualificar a assistência pré-natal, incentivo financeiro (recurso para novos exames do pré-natal e teste rápido de gravidez), manuais e equipamentos.

No ano de 2014 por meio do Ofício circular nº 125 de 15 de outubro de 2014 emitido pelo Secretário de Atenção Básica, o qual trata da distribuição em território nacional da Caderneta da Gestante, assim como a ficha perinatal, o qual o secretário afirma que são instrumentos fundamentais para o registro das informações de acompanhamento da gestação e deve ser parte importante do processo de trabalho no SUS, mediante sua utilização em todas as consultas do pré-natal.

A Caderneta da Gestante foi elaborada fruto de uma parceria do Ministério da Saúde com as Secretarias Estaduais e Municipais, aborda assuntos de interesse a gestante como: direitos trabalhistas, direitos estudantis, direitos sexuais, direitos reprodutivos, direitos sociais, dicas para uma gravidez saudável, sinais de alerta, informações e orientações sobre adoção, gestação e desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde no parto e o pós-parto, informações sobre amamentação e como tirar a certidão de nascimento na maternidade. E disponibiliza no documento quadros para registros do resultado de exames e desenvolvimento da gestação.

Neste sentido, este trabalho terá como foco a promoção de espaços de troca de conhecimento sobre a Caderneta da Gestante e da ficha perinatal-ambulatorio nos espaços de saúde, fazendo com que os profissionais de saúde conheçam e utilizem de forma adequada esta tecnologia educativa. Para que se efetive a comunicação entre os profissionais de saúde que acompanham as gestantes.

2- PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

A Caderneta da Gestante foi elaborada pela Coordenação Geral da Saúde da Mulher no ano de 2014 e distribuída a alguns municípios neste ano em um formato moderno, com conteúdo importante para a gestante. É uma tecnologia educativa que vai auxiliar na prática assistencial do enfermeiro e dos demais profissionais da saúde, porém, percebe-se a necessidade de atualização dos profissionais quanto ao conteúdo e os campos de preenchimento da caderneta. A distribuição por município tem por base a estimativa de gestantes a serem atendidas na rede.

O município de Parauapebas recebeu a caderneta da gestante de acordo com sua estimativa de gestante, porém muitos profissionais desconhecem tal instrumento, pois não houve momentos de aprimoramento para utilização desse recurso.

Durante a execução do projeto encontramos diversas cadernetas, ficha perinatal-ambulatorio e manual de orientação quanto o preenchimento da caderneta disponibilizados pelo Ministério da Saúde estocados no almoxarifado central, sendo distribuídos de forma aleatória de acordo com a solicitação das unidades, mas em nenhum momento essas equipes tiveram espaços para discussão das cadernetas e dos demais instrumentos.

3- APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ EXECUTADO O PROJETO

O projeto de intervenção está acontecendo no município de Parauapebas, cidade que surgiu decorrente da exploração do minério de ferro, ouro e manganês, em 1981, a notícia da construção do povoado de Parauapebas provocou um intenso deslocamento de pessoas para a área.

Até 1985 Parauapebas pertencia a Marabá, mas só teve autonomia administrativa depois de quatro anos de movimentos favoráveis ao desligamento político de Marabá. A vila, por meio de plebiscito, tornou-se município a partir da Lei Estadual nº 5.443/88, de 10 de maio de 1988.

Ainda em 1985, o então presidente da República, José Sarney, inaugurou a Estrada de Ferro Carajás. A partir deste momento o trem passou a trazer pessoas de todos os estados para a região, formando Parauapebas. Com a emancipação, no ano de 1989 a cidade teve sua primeira eleição para prefeito.

A população de Parauapebas cresceu acentuadamente nos últimos anos, segundo dados da Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (2014) o município dispõe de uma população de 183.352 habitantes, densidade demográfica de 26,35 habitantes por m² e crescimento populacional de 2,71% ao ano, faz parte da 11^o Regional de Saúde e da Sub-região de Carajás (MS/DATASUS/2015).

Recentemente a estrutura organizacional da Secretária de Saúde passa por uma reformulação, pautada no Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, o qual dispõe da organização da saúde por distritos sanitários e fortalece a conformação das redes de atenção em um modelo hierarquizado e regionalizado.

Nesta visão, o município foi distribuído em distritos de saúde, sendo distrito Sul, Leste, Oeste, Norte I e Norte II, essa organização tomou como base a divisão territorial, o coordenador de distrito juntamente com os gerentes das unidades irão acompanhar as ações de saúde daquele distrito.

Em outro polo temos os coordenadores de Redes, com uma visão ampliada elaboram e planejam as ações que devem acontecer no município ou se necessário na

região de saúde, com foco a garantir sempre a integralidade do cuidar. Compõem as Redes de Atenção: Materno Infantil; Doenças Crônicas não transmissíveis, Pessoa com deficiência; Urgência e Emergência, Psicossocial e Nutrição.

Tabela 01: Coberturas Assistenciais da Atenção Básica

Cobertura de ESF ¹	Cobertura de EACS ²	Nº de Equipes de Saúde da Família	Nº de Unidades Básicas de Saúde	NASF ³	Nº de equipes de ESB ⁴
33,21%	63,03%	17	12	0	12

Fonte: MS/SALA DE APOIO ESTRATÉGICO A GESTÃO/2015

Legenda:

1-ESF- Estratégia Saúde da Família

2-EACS- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

3- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

4- Estratégia de Saúde Bucal

A Rede de Atenção Secundária conta com 01 Centro de Especialidades, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento, 01 Centro de Atenção Psicossocial. A Rede de Urgência e Emergência dispõe 01 Unidade de SAMU, com ampliação de frota programada para este ano, 01 UPA tipo 02.

O município conta com 01 Hospital Municipal chamado de “Teófilo Soares de Almeida Filho”, conta com 79 leitos, é classificado como média complexidade, dispõe dos serviços de clínica médica, urgência e emergência, pediatria, cirúrgica e ortopedia, além dos 21 leitos de obstetrícia clínica e 10 leitos para obstetrícia cirúrgica, porém na realidade dispomos da seguinte estrutura no que refere a maternidade, temos 21 leitos de enfermaria e 01 sala de pré-parto com 06 leitos. O Hospital dispõe de retaguarda de uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) com 10 leitos, que na grande maioria está lotada, com recém-nascidos graves que inclusive esperam vaga na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Fig.: 01: Total de Leitos por especialidades no município de Parauapebas/Pará, 2015.

Total de Leitos por Especialidade										
Especialidade	Federal		Estadual		Municipal		Privada		Total	
	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente
ESPEC - CIRURGICO	0	0	0	0	18	18	0	92	18	110
ESPEC - CLINICO	0	0	0	0	12	12	0	51	12	63
COMPLEMENTAR	0	0	0	0	0	10	0	2	0	12
OBSTETRICO	0	0	0	0	31	31	0	51	31	82
PEDIATRICO	0	0	0	0	7	7	0	32	7	39
OUTRAS ESPECIALIDADES	0	0	0	0	1	1	0	2	1	3
Total	0	0	0	0	69	79	0	230	69	309
Leitos p/ 800 hab.*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,34	0,00	1,00	0,30	1,35

* Portaria MS nº 1101/GM 06/2002

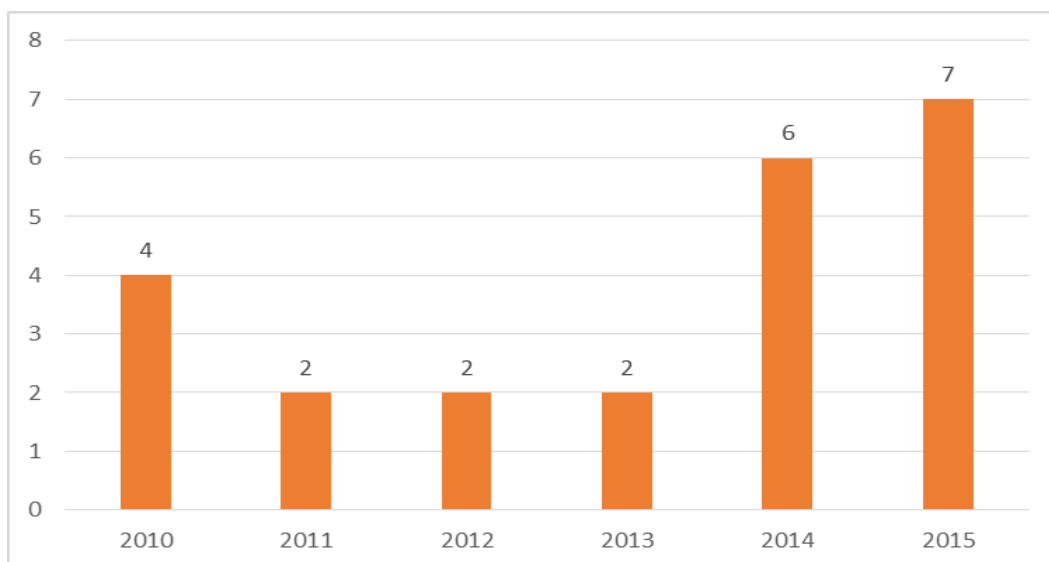
* Fonte CNES - DATASUS/MS. Competência: 30/10/2015

O município está construindo um hospital de grande porte, com previsão de entrega para dezembro de 2015, irá atender as especialidades de obstetrícia, nefrologia, ortopedia, clínica médica e cirúrgica, as negociações quanto a forma de gestão ainda estão ocorrendo.

4- JUSTIFICATIVA

O município de Parauapebas tem registrado desde de 2014 um aumento considerável no número de óbitos maternos, ao analisarmos as principais deficiências do município percebemos que houve um grande crescimento populacional, porém o número de atendimentos nos serviços de saúde mantiveram-se estáveis, o município possui 33,21% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família e uma maternidade com 21 leitos funcionando e realiza em média de 350 partos ao mês (MS/SINAN/CNES/SALA DE APOIO A GESTAÇÃO ESTRATÉGICA DO SUS, 2015)

Gráfico 01: Números de óbitos maternos no município de Parauapebas nos anos de 2010 a outubro de 2015.



Fonte: MS/SIM/VISA/Vigilância Epidemiológica/2015.

Fortalecer a assistência pré-natal é fundamental para a redução de óbitos maternos e infantis, a caderneta da gestante é uma ferramenta de trabalho do profissional de saúde, por meio de uma abordagem diferenciada, envolvente e construtiva os momentos de rodas de conversa denominados ateliês de conhecimento o mediador debate diversos temas como acessibilidade, funcionamento do pré-natal, assistência ao parto, acesso em tempo oportuno a exames laboratoriais e ultrassonografias, além de promover momentos de auto-reflexão-ação que impactaram em melhoria assistencial.

A caderneta da gestante é o elo entre a atenção básica e assistência hospitalar fazer que o profissional reflita e entenda sua importância neste contexto é o foco dos

ateliês de conhecimento, o preenchimento incorreto, inadequado e alguns momentos omissos pode gerar uma assistência indevida e inadequada.

5 - REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. MODELO REDE CEGONHA

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza.

Através da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Princípios da Rede Cegonha a serem considerados:

- O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- O respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- A promoção da equidade;
- O enfoque de gênero;
- A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- A participação e a mobilização social; e
- A compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil que se encontra em funcionamento.

Objetivos da Rede Cegonha:

- Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Organização da Rede Cegonha no Estado, por Componentes:

- Pré-Natal;
- Parto e Nascimento;
- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e
- Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

Para que a Rede Cegonha fosse implementada em nível nacional o Ministério da Saúde sistematizou em cinco fases:

- I- Adesão e diagnóstico
- II- Desenho Regional da Rede Cegonha
- III-Contratualização dos Pontos de Atenção
- IV-Qualificação dos Componentes
- V- Certificação.

No que refere ao financiamento, para cada componente o Ministério da Saúde investiu recursos nos municípios e estados mediante critérios estabelecidos na portaria de implantação da Rede Cegonha.

Percebe-se que ainda há um caminho longo a ser trilhado, quando percebemos o grande caminhar que já foi traçado, e os desafios são grandes, em seu estudo CABRAL, HIRT, VAN DE SAND (2013) realizado no Rio Grande do Sul, aponta fragilidades no que tange à integralidade, humanização, acolhimento, ausência de vínculo, uso indiscriminado de tecnologias e intervenções desnecessárias, as quais podem produzir e ou potencializar situações de vulnerabilidade frequentes na atenção materna infantil.

§ 5º O financiamento previsto para o custeio

5.2. ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO CONTEXTO ATUAL

O componente I da Rede Cegonha Pré-natal, Puerpério e Atenção Integral a Saúde da Criança, foi o primeiro componente que os municípios fizeram adesão, seja de forma integrada ou facilitada, com o propósito de qualificar a atenção pré-natal. O Ministério custeou 100% dos novos exames do pré-natal a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, que foi calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo

oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL com formato on line.

Para esse componente o Ministério forneceu kits para as UBS, kits para as gestantes de alguns municípios e também para parteiras tradicionais. Além desses incentivos os municípios receberam recurso para teste rápido de gravidez. Assim como foi incorporado teste rápido para sífilis e Vírus da Imunodeficiência Humana- HIV no pré-natal, o ministério lançou em 2012 o caderno de Pré-natal de Baixo Risco e Alto risco para qualificar a equipe de atenção básica.

E no ano de 2014 elaborou a Caderneta da Gestante em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que é uma tecnologia educativa que vai além das informações da antiga carteira, contém: informações sobre direitos antes e depois do parto, cartão de consultas e exames, com espaço para anotações de dúvidas, dicas para uma gestação saudável e sinais de alerta, informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde, no parto e no pós-parto, informações e orientações sobre amamentação e como tirar a certidão de nascimento da criança.

O Cartão da Gestante foi criado no Brasil em 1988, com o propósito de armazenar informações, facilitando a comunicação entre profissionais que realizavam a assistência pré-natal e os que realizaram o parto nas maternidades. Seu uso se popularizou nos serviços de saúde pública, funcionando como mecanismo de comunicação entre os níveis de atenção. Por isso recomenda-se que nele deva conter o máximo de informações, evitando que, no momento do parto, procedimentos ou exames que protejam o feto e a mãe sejam negligenciadas ou repetidos desnecessariamente LEAL, et al (2012).

Além de seu papel no referenciamento ao parto, os cartões de gestante funcionam como fonte de informação para o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e são utilizados em estudos que avaliam a qualidade da assistência pré-natal para fundamentos políticos de saúde materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS).

A ausência de informações sobre a saúde materna e infantil nos cartões pode expressar diretamente a qualidade dos serviços de assistência pré-natal e limitar a produção de dados para gerar informações pré-natais (LEAL, et al 2012).

No que refere ao seu preenchimento os estudos apontam que o registro de informações advindas da anamnese pré-natal foi o menos preenchidos nos cartões das gestantes, principalmente informações maternas e antecedentes obstétricos. Além disso, os exames clínicos de mama e toque vaginal, que dependem de mais proximidade entre gestantes e profissionais pré-natalistas, não foram realizados na maioria dos acompanhamentos pré-natais (LEAL, ET AL 2012).

Leal, et al (2012) questionaram se os profissionais de saúde estão preparados para exercer adequadamente o processo de trabalho da assistência pré-natal nos serviços de saúde pública.

Gama, et al, 2012, em um estudo epidemiológico seccional desenvolvido na região metropolitana da Grande Vitória, evidenciou falta de registros no Cartão da Gestante como doenças pré-existentes e anotação no cartão de exames laboratoriais, percebe-se que há falhas na interlocução entre profissionais de saúde e usuários, quanto negligência profissional de registro de doenças e exames clínicos laboratoriais nos cartões das gestantes contribuem para níveis de concordância tão ruins.

Estudo realizado em São Carlos, São Paulo por Andreucci (2011) com dados de 1.489 puérperas entre novembro de 2008 e outubro de 2009 utilizando informações dos cartões de gestante e o programa SISPRENATAL evidenciou que este sistema não foi uma fonte segura para avaliação da informação disponível sobre acompanhamento na gestação.

Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como o maior desafio e como uma prioridade, e esta melhoria da qualidade de atenção exige também uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços. (SÃO PAULO, 2010, p. 08).

O que foi observado no estudo realizado por Damasceno, et al (2011) é que há lacunas e deficiências no pré-natal no acompanhamento odontológico, na realização de exame ginecológico e na inserção de estratégias educativas para as gestantes, no entanto

ressaltam como pontos positivos a imunização antitetânica, realização de exames laboratoriais e número adequados de consultas de pré-natal para a idade gestacional. As gestantes relataram barreira para o acesso ao centro de saúde da família, como demora na marcação de consultas, escassez de profissionais e insegurança nos centros de saúde da família. Os autores concluíram que as lacunas existentes no acompanhamento pré-natal podem ser preenchidas através da articulação entre os profissionais de saúde e o setor administrativo dos centros de saúde.

Em um estudo realizado por Barros (2011) evidenciou conhecimento limitado dos profissionais, acerca dos princípios norteadores do SUS, da dinâmica da ESF e das políticas que embasam o sistema de saúde. Junta-se a isso os serviços de saúde, que ainda não se organizaram de maneira centrada nas usuárias. Essa realidade contribui para a perpetuação de práticas que ficam em descompasso com o princípio da integralidade da atenção e favorece a uma assistência fragmentada e desumanizada.

Deste modo não é possível pensar em rede sem pensar em integralidade do cuidar, íntegra e integrante, é o diz São Paulo (2010), a linha de cuidado descreve o conjunto de ações e atividades a serem desenvolvidas em cada unidade de atenção à saúde e de apoio diagnóstico que compõem um determinado sistema, bem como aponta os profissionais envolvidos e os recursos necessários, incluindo medicamentos e insumos.

Erdmann e Zampieri (2010) apontam para o modelo de saúde humanístico centrado no ser humano e no seu protagonismo, o cuidado integral e ético podem ser superáveis pelo empenho político e profissional, pela formação de redes solidárias entre serviços de saúde e mobilização social, o que sem dúvida amplia a produção de conhecimento e subsidia mudanças na prática.

Afinal a assistência à saúde deve estar pautada no trabalho vivo, produtor de relações saudáveis dentro de uma rede de cuidados afirma Pinheiro (2010), o planejamento participativo permite que objetivos amplamente discutidos sejam mais bem aceitos e compreendidos por aqueles que, de alguma forma, participarão da execução das tarefas necessárias para atingi-los (FRANCO 2010).

Se entendermos os processos educativos em serviço como intervenções capazes de mobilizar, circular, produzir, elaborar e apreender conhecimento, tecnologias, valores e sentimentos, se

compreendermos que tais intervenções se dão em instituições de poder formal e informal estruturadas numa dada cultura organizacional, se considerarmos a educação continuada como intervenção que desloca esses saberes e, portanto, mobiliza poder, podemos situá-la como atividade técnica e política, em sua dimensão estratégica (FRANCO, 2010, p.679).

A Caderneta da Gestante é uma ferramenta na qualificação da atenção materna, porém a equipe de saúde deve estar envolvida na implementação desse instrumento, Vasconcelos, Felix, Meyer (2013) apontam que os processos pedagógicos que tendem a fazer sentido para trabalhadores são aqueles que partem dos problemas que estes as enfrentam no cotidiano do trabalho e que levam em consideração saberes e experiências que se construíram bem ali no dia-a-dia do trabalho (e não somente nem primeiramente os saberes oriundos dos laboratórios, das bibliotecas, das cadeiras de academia).

Carvalho, et al (2013) constatou que ainda muito há de se criar, experimentar e corrigir neste campo desafiador de construção de uma prática profissional mediada por tecnologias de informação e comunicação, porém sabe-se que este é o caminho e o envolvimento profissional é a alavanca para efetivação de ações que gerem impactos positivos nos indicadores de saúde.

5.3. A CADERNETA DA GESTANTE

A Caderneta da Gestante traz assuntos de grande importância para a gestante e para a atuação dos profissionais de saúde. A sua distribuição deve vir acompanhada de um manual da Caderneta da Gestante para profissionais de Saúde e da Ficha Perinatal-Ambulatório.

A sua distribuição aos municípios foi levando em consideração a estimativa de gestante para aquele ano, sendo que a base de cálculos é sempre o número de nascidos vivos acrescido de 10%.

Na caderneta você encontra (BRASIL, 2014):

- Direitos sociais e trabalhistas da gestante- *contracapa*
- Identificação e dados pessoais- *página 1*;

- O que acontece com a mulher e o bebê em cada trimestre- *página 4 a 9*;
- Explicação sobre o mobilograma e espaço para a gestante preenche-lo, se indicado- *página 8*;
- Orientações sobre alimentação saudável- *página 12 e 13*;
- Cuidados em situações especiais- *página 16 e 17*;
- Explicação detalhada dos exames solicitados- *página 20*;
- Esclarecimentos sobre como identificar o trabalho de parto- *página 22 e 23*;
- Orientações para o parto- *página 24 a 28*
- Informações sobre o registro de nascimento da criança- *página 32*;
- Cuidados para o pós-parto, amamentação e o planejamento familiar e reprodutivo- *página 33 a 38*;
- Espaços de interatividade com a gestante e o parceiro- *página 10, 15, 29, 30 e 31*;
- Sinais de alerta- *página 40*;
- O cartão da gestante (ficha perinatal) para preenchimento pelos profissionais de saúde a cada consulta.

Fig.02: Caderneta da gestante e Manual da Caderneta da Gestante para Profissionais de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

5- PÚBLICO ALVO

Este projeto terá como público alvo: médicos clínicos e obstetras, enfermeiros, agentes de saúde, técnicos de enfermagem, nutricionista, odontólogos, serviço social e fonoaudióloga.

6- OBJETIVOS DO PROJETO

OBJETIVO GERAL

- Promover espaço de discussão nas unidades de saúde e maternidade municipal de Parauapebas sobre a caderneta da gestante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar aprimoramento para profissionais sobre o conteúdo da Caderneta da Gestante;
- Realizar orientações a equipe sobre o preenchimento adequado na caderneta e sobre seu conteúdo educativo;

7- METAS

- Realizar 10 ateliês de conhecimento nas Unidades de Saúde até novembro de 2015
- Realizar 01 ateliê de conhecimento na Maternidade Municipal até dezembro de 2015
- Realizar 01 Diagnóstico Estratégico da Atenção Materna no município até dezembro de 2015
- Elaborar 01 plano de Ação para melhoria da Atenção Materna no município até dezembro de 2015

8- METODOLOGIA

Este trabalho é um projeto de intervenção que tem como finalidade promover ateliê de conhecimento nas unidades de saúde e maternidade sobre a Caderneta de Gestante, lançada este ano pelo Ministério da Saúde, com foco na qualificação da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

As atividades estão ocorrendo nas unidades de saúde e na maternidade de acordo com calendário pré-estabelecido. As unidades de saúde estão sendo previamente avisadas sobre os ateliês por meio de um documento formal e a sugestão de leitura da caderneta. E sendo informado que eles deverão levar ao encontro suas principais dúvidas.

Barbosa, Ferreira e Barbosa (2012) afirmam que trabalhar o processo de aprendizagem de diferentes profissionais torna-se um desafio, principalmente quando se considera que as pessoas têm diferentes formas de pensar e valores agregados à sua história de vida, fato que deve ser levado em conta quando se pretende estabelecer mudanças, sejam elas relacionadas ao conhecimento, atitudes e ou habilidades.

Os momentos de troca e orientação estão sendo denominados de Ateliê de Conhecimento, pois Ateliê é um termo francês para estúdio, é o lugar de trabalho de pessoas com vontade de criar e onde se pode experimentar, manipular e produzir um ou mais tipos de arte (<http://www.dicionarioinformal.com.br/ateli%C3%AA/>).

1º Momento- Planejamento da Intervenção

O Ateliê teve início com o grupo de coordenadores de distrito, em uma breve apresentação do meu projeto e como esses momentos ocorreriam nas unidades de saúde de seus respectivos distritos, falei o que me levou a elaborar este nome Ateliê de conhecimento, pois em um ateliê se leva algo novo, em uma oficina levamos algo para um conserto ou remendo e nessa perspectiva iríamos trabalhar de uma forma nova e diferenciada.

Apresentei os indicadores de atenção materna no município com ênfase aos elevados índices de óbitos maternos. Construimos neste momento uma árvore de problemas (apêndice 3), com suas causas e consequências e qual dos nós críticos iríamos atuar para melhorar e sanar o problema elencado pelo grupo.

Para realizarmos a próxima atividade do ateliê solicitei para os coordenadores de distrito que fizessem junto as suas unidades um levantamento do número de gestantes de risco habitual, número de gestantes de alto risco e número de gestantes faltosas, os coordenadores juntamente com os gerentes de unidade elaboraram um cronograma de acordo com as agendas das unidades.

2º Momento- Ateliê de Conhecimento nas Unidades de Saúde

- 1- Dinâmica de Apresentação: em um círculo cada participante se apresentou, cargo, função e local de atuação.
- 2- A mediadora apresenta a proposta desse ateliê de conhecimento: Conhecer a caderneta da gestante e a ficha perinatal, juntamente com a caderneta vem o manual de orientação quanto ao preenchimento da caderneta.
- 3- Utilizando os dados enviados pelos coordenadores de distrito o número de gestantes de alto risco, risco habitual e gestantes faltosas por unidade de saúde e o número de óbitos maternos do município, a mediadora solicitou que os participantes do ateliê expusessem em suas opiniões e vivências os principais problemas e dificuldades da assistência ao pré-natal.
- 4- Os pontos de vista foram organizados em tarjetas, para este momento utilizamos papel madeira e caneta porosa. Esse momento foi de grande valia para subsidiar o planejamento das ações da coordenação materno infantil.
- 5- Eu, como mediadora, apresento todo o conteúdo da caderneta e com os participantes selecionamos os conteúdos que mais geram dúvidas quanto ao preenchimento. O importante é ouvir todos que puderem contribuir.
- 6- Após debater cada ponto da caderneta e da ficha perinatal realizamos uma revisão sobre o SISPRENATAL-WEB e a importância deste programa para o funcionamento adequado do programa.
- 7- Dinâmica final: Material necessário: balões vazios, caixa de bombom garoto, palito de dente e uma música alegre. Solicitamos que os

participantes fiquem em pé e encham seus balões e aquele que ao final continuar com seu balão cheio ganhará a caixa de bombom, então começa a disputa cada participante começa estourar o balão do outro, ao fim ninguém consegue ficar com balão cheio, mas nenhum momento foi dito para estourar o balão do outro. Moral da dinâmica: não é necessário estourar o balão do outro para manter o seu intacto.

10-ORÇAMENTO

Elemento de despesa	Item	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Material permanente	Note book ²	01	1.200,00	1.200,00
	Data Show ²	01	2.500,00	2.500,00
	Máquina fotográfica ¹	01	500,00	500,00
Material de consumo	Clip ²	01	2,50	2,50
	Cola ²	02	3,00	6,00
	Tesoura ²	01	3,00	3,00
	Caneta ²	1 cx	31,00	31,00
	Papel A4 ¹	4 resmas	14,90	59,60
	Lápis ¹	1 cx	6,00	6,00
	Pastas ¹	12	25,00	300
	Papel madeira ¹	20	0,50	6,00
	Caneta colorida ¹	1 cx	12,50	12,5
	Cartucho para impressora ¹	4	98,00	392,00
	Pincel atômico ¹	05	5,50	27,50
	Fita adesiva ¹	02	3,00	6,00
	Caixa de bombons ¹	20	6,50	130,00
Serviços terceirizados	Banner ¹	01	120,00	120,00
	Impressão ¹	12	0,50	6,00
	Encadernação ¹	12	2,50	30,00
	Xerox ¹	200	0,10	20,00
Total				5.358,10

Fonte do Recurso

- 1- Recurso próprio
- 2- Material existente na instituição

11- RECURSOS HUMANOS

As metodologias utilizadas nos momentos de ateliê de conhecimento podem ser reproduzidas por qualquer profissional, os momentos aqui relatados foram conduzidos por mim e pela minha equipe: uma técnica em enfermagem e uma auxiliar administrativa, é uma tecnologia que pode ser inclusive realizada por qualquer profissional da equipe.

12- ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

O acompanhamento do projeto será por meio da matriz de monitoramento dos ateliês de conhecimento (Apêndice 02 – já ocorreram a reunião com os coordenadores dos distritos e para 19 unidades de saúde) e o status de realização, o produto desses momentos foram sintetizados, a fim de promover melhorias assistenciais, alocados em uma árvore de problemas (Apêndice 03) que proporcionam ao gestor a tomada de decisão.

A avaliação do projeto ocorrerá de forma quantitativa baseado na avaliação quadrimestral dos seguintes indicadores:

- Percentual de parto normal;
- Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal;
- Percentual de gestantes que deram baixa no pré-natal;
- Número de ateliês de conhecimento realizados.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina, et al. **SISPRENATAL como instrumento de avaliação da qualidade da assistência `gestante**. Rev. Saúde Pública, 2011, 45 (5) 854-63.

ATLAS DA MORTALIDADE MATERNA. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>. Acessado em 04-06-2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf. Acessado em 02-05-2015. Acessado em 05-06-2015.

BARBOSA, V.B.A; FERREIRA, M. L.S.M; BARBOSA, P. M.K. **Educação permanente em saúde: uma construção para a formação dos ACS**. Ver. Gaucha de Enfermagem. Porto Alegre (RS), 2012, marc. 33 (1) 56-63.

BARROS, S.D.O; et al. **A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal**. Rev. Rene. Fortaleza-2011, out-dez. 12 (4) 750-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1459, de 24 junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n.27, seção 1, p.109, 27 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Decreto nº 7.508, de 28 junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2351, de 05 outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n.193, seção 1, p.58, 06 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/SAS. **Portaria nº 650, de 05 outubro de 2011**. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha. Diário Oficial da União n.193, seção 1, p.69, 06 de outubro de 2011.

CABRAL, F.B.; HIRT, L.M; VAN DE SAND, I.C. **Atendimento pré-natal na ótica de puérperas da medicalização à fragmentação do cuidado**. Rev. Esc. Enfermagem. USP.2013; 47(2):281-7.

CARVALHO, G.S, et al. **Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em saúde no Paraná**. Saúde Soc. São Paulo. V22.nº 4; p 1094-1105, 2013.

Conceito de ateliê. Disponível em:

<http://www.dicionarioinformal.com.br/ateli%C3%AA/>. Acessado em 02 de novembro de 2015.

DAMASCENO, A. K.C; et al. **O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica**. Rev. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro, 2011 abr-jun;19(2)-286-91.

ERDMANN, A. L; ZAMPIERI, M. F. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. Ver. Bras. Saúde Materna e Infantil. Recife, 10 (3): 359-367, jul-set, 2010.

FRANCO, C.M; KOIFMAN, L. **Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a educação permanente em saúde**. Interface. Comunicação, Saúde e Educação. V. 14, n.34. p. 673-81.jul-set, 2010.

GAMA, S.G.N; et al. **Concordância entre informações do cartão da gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 28 (2): 256-266, fev.2012.

PAZ, A. A. M. A. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. II Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania com ênfase na Educação de Jovens e Adultos (EJA) - 2013-2014. Universidade de Brasília (UnB). Universidade Aberta do Brasil (UAB). Faculdade de Educação. Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Educação. Brasília (DF): UnB. 2013.

PINHEIRO, M.C.B. **Projeto de intervenção: Acolhimento como diretriz operacional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) José Carlos Santos**. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas**. Comissão Peri natal. Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. Belo Horizonte, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Belo Horizonte, Comissão Peri natal. Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. **Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia**. SUS-BH. Belo Horizonte, 2009.

SÃO PAULO. **Manual de Orientação ao Gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da Puérpera**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010.

VASCONCELOS, M.F.F; FELIX, J.MEYER, D. E. **Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde**. Interface. Comunicação, saúde, educação. V. 17. Nº 47, p.859-71. Out-dez, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE 1: REGISTRO FOTOGRÁFICO

Fig.03: Ateliê com equipe de Zona Rural



Fig.04: Ateliê com equipe da Unidade de Saúde Cidade Nova



Fig.05: Ateliê de Conhecimento com os Coordenadores de Distrito



Fig.06: Ateliê de Conhecimento na Unidade de Saúde do Guanabara



Fig.07: Ateliê de Conhecimento no PSF- Liberdade II



APÊNDICE 2- MATRIZ DE MONITORAMENTO DO PROJETO

Ateliês	Unidade de Saúde	Público	Resultados	Status de Realização
1º	Coordenadores de Distrito	Enfermeiros	Elaboração de árvore de problemas e escolha de nó crítico para atuação da equipe.	Realizado
2º	Unidade de Saúde do Bairro Cidade Nova.	Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Gerência da Unidade.	Levantamento de causas e consequências que levam ao elevado número de óbitos maternos. Reflexão de falhas no preenchimento e não conhecimento da caderneta da gestante pela maioria da equipe. Detector fetal insuficientes.	Realizado
3º	Unidades de Saúde da Zona Rural Cedere I; Palmares I; Palmares II; Vila Sansão, Vila Albani, Garimpo das Pedras; APA; Rio Branco	Enfermeiros, Médicos, Dentistas, ACS, Técnicos de Enfermagem da Zona Rural	Levantamento de causas e consequências que levam ao elevado número de óbitos maternos. Reflexão de falhas no preenchimento e não conhecimento da caderneta da gestante pela maioria da equipe. Levantamento das principais dificuldades na assistência pré-natal na zona rural.	Realizado
4º	UBS- Guanabara	Enfermeiros, ACS, Técnicos de Enfermagem e Gerência de Unidade	Discussão sobre os exames e protocolo de encaminhamentos; Suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, sífilis, toxoplasmose, Hepatite, solicitação de exames, estudos de casos, livros de pré-natal, agendamento de consultas, fluxogramas dentro das unidades e	Realizado

			dificuldades para efetivação do pré-natal: ausência de medicamentos, dificuldades de ultrassonografias. Detector fetal insuficientes.	
5º	PSF- Liberdade I	Enfermeiros, ACS, Técnicos de Enfermagem e Gerência de Unidade	Dificuldade de acesso a ultrassonografia obstétrica, ausência dos grupos de gestante; Ausência de medicações para gestante (ácido fólico, sulfato ferroso, cefalexina comp.); Detector fetal insuficientes. Médico ginecologista sem perfil para atender pré-natal.	Realizado
6º	PSF- Casas Populares	Enfermeiros, Médicos, Dentistas, ACS, Técnicos de Enfermagem	Demora nos resultados de exames, exames incompletos e demora da autorização de Ultrassonografias. Pouca participação da comunidade em atividade educativa, ausência de medicamentos básicos.	Realizado
7º	PSF- Liberdade II	Enfermeiros, ACS, Técnicos de Enfermagem	Equipe participativa, houve questionamentos sobre a fragilidade do planejamento familiar, demora na autorização da ultrassonografia, ausência de medicamentos básicos e carência de atividades educativas.	Realizado
8º	UBS- Novo Brasil	Enfermeiros, Médicos, Dentistas, ACS, Técnicos de Enfermagem		À realizar Cronograma para novembro
9º	PSF-Jardim Canadá	Enfermeiros, Médicos, Dentistas, ACS, Técnicos	Demora na autorização de ultrassonografias, exames incompletos	Realizado

		de Enfermagem	da gestante e incoerentes, deficiência nas atividades de planejamento familiar, falta de sonar.	
10º	UBS- Altamira	Enfermeiros, ACS, Técnicos de Enfermagem	Unidade padronizada e organizada, pouca oferta de consultas médicas, demora na autorização de ultrassonografias, alta demanda de gestantes e sobrecarga de equipe de enfermagem.	Realizado
11º	PSF- Fortaleza	Enfermeiros, Médicos, Dentistas, ACS, Técnicos de Enfermagem	Equipe experiente e treinada, aprovaram com ressalva a caderneta da gestante em especial a equipe de odontologia alegando o espaço pequeno para acompanhamento do tratamento, a ficha perinatal foi elogiada e será implantada pela equipe, a demora na ultrassonografia ainda é o fator mais recorrente, refletiram a necessidade de voltar com os grupos de gestante.	Realizado
12º	UBS- Rio Verde	Enfermeiros, Médicos, Dentistas, ACS, Técnicos de Enfermagem		À realizar Cronograma para novembro
13º	PSF- Bairro da Paz	Enfermeiros, Médicos, Dentistas, ACS, Técnicos de Enfermagem		À realizar Cronograma para novembro
14º	PSF- Tropical I	Enfermeiros, Médicos, Dentistas, ACS, Técnicos		À realizar Cronograma

		de Enfermagem		para novembro
15°	Maternidade Municipal	Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem		À realizar Cronograma para novembro

APÊNDICE 03: Árvore de Problemas na ótica dos profissionais de saúde do município de Parauapebas

