

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

DANIELA PEREIRA BARROSO

**PLANO DE AÇÃO PARA MAIOR ADESÃO AO PRÉ-NATAL DAS GESTANTES
DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF PRIMEIRO DE MAIO, DO MUNICÍPIO DE
ITAMARANDIBA – MINAS GERAIS**

ITAMARANDIBA – MINAS GERAIS

2015

DANIELA PEREIRA BARROSO

**PLANO DE AÇÃO PARA MAIOR ADESÃO AO PRÉ-NATAL DAS GESTANTES
DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF PRIMEIRO DE MAIO, DO MUNICÍPIO DE
ITAMARANDIBA – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Estratégia Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

ITAMARANDIBA – MINAS GERAIS

2015

DANIELA PEREIRA BARROSO

**PLANO DE AÇÃO PARA MAIOR ADESÃO AO PRÉ-NATAL DAS GESTANTES
DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF PRIMEIRO DE MAIO, DO MUNICÍPIO DE
ITAMARANDIBA – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Flavia Casasanta Marini (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por se fazer presente em minha vida e por tantas vezes ter me segurado nos momentos mais difíceis, dando-me força, sabedoria e as bênçãos para manter o entusiasmo nesta trajetória.

Ao meu pai Riseudo (*in memoriam*) e a minha mãe Nair, pelos ensinamentos, incentivo, amor incondicional e presença constante em minha vida.

Aos meus irmãos Renato e Nádia, que sempre me incentivaram e acreditaram na realização deste sonho.

Aos meus sobrinhos Guilherme e Gabriely, que são motivos de alegria em minha vida.

Ao Geraldo, meu namorado, por compreender o motivo de minhas ausências, pelo apoio, companheirismo e amor dedicado.

Aos familiares que me ajudaram, com pensamentos positivos e orações.

À professora e orientadora Daniela Zazá, pelo empenho em transformar-me em uma profissional capacitada para atuar na área da saúde, através da dedicação, discussão, criatividade e solidariedade em compartilhar seus conhecimentos. E ainda, por me orientar com toda presteza e competência, obrigada pelas ricas contribuições destinadas a este trabalho.

À coordenadora do Curso de Especialização Gisele Saporetti, pelos ensinamentos e pelo suporte oferecido.

Aos meus colegas de curso, pela convivência e dificuldades superadas, em especial àqueles que se tornaram meus amigos, obrigada pela amizade e pelos momentos em que pude contar com vocês.

Às minhas colegas de trabalho do NASF, pelas alegrias compartilhadas e pelos inesquecíveis momentos de aprendizado, a minha gratidão.

E a todas as pessoas que direta ou indiretamente tornaram possível a elaboração deste trabalho, os meus agradecimentos!

RESUMO

A assistência pré-natal tem efeito protetor para a saúde materna e a neonatal. Após diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Primeiro de Maio no município de Itamarandiba em Minas Gerais observou-se baixa adesão ao pré-natal. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para aumentar a adesão ao pré-natal das gestantes da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Primeiro de Maio. A metodologia foi executada em três etapas: diagnóstico situacional; revisão de literatura e plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: planejamento familiar ineficiente; ausência de Educação em Saúde para os adolescentes; falta de interesse dos profissionais de saúde em realizar o pré-natal e; baixa cota de exames disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) durante o pré-natal. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “planejar para um futuro melhor” para incentivar a participação no planejamento familiar; “tudo que um adolescente precisa saber” para aumentar o nível de informação dos adolescentes sobre gravidez precoce; “assistência pré-natal” para motivar os profissionais para realização do pré-natal e; “gestação segura” para melhorar a estrutura do serviço para o atendimento à gestante. Espera-se com esse plano de ação conseguir aumentar a adesão ao pré-natal na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Primeiro de Maio.

Palavras chave: Pré-natal, Adesão, Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The prenatal care has a protective effect for maternal and neonatal health. Through situational diagnosis of the coverage area by the Family Health Strategy Primeiro de Maio in the municipality of Itamarandiba in Minas Gerais, it was observed that there was low adherence to prenatal care. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to increase adherence to prenatal care of pregnant women of the coverage area by the Family Health Strategy Primeiro de Maio. The methodology is carried out in three stages: situational diagnosis; literature review and action plan. In this study we selected the following critical node: ineffective family planning; lack of health education for teenagers; lack of interest from health professionals in performing prenatal care and; low share of exams available by official Public Health System (SUS) during prenatal care. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "Plan for a better future" to encourage participation in family planning; "Everything a teen needs to know" in order to increase the level of information for teens about teen pregnancy; "Prenatal care" to motivate professionals to perform the prenatal and; "Safe pregnancy" to improve the structure of the service for the care of pregnant women. It is hoped that this action plan be able to increase adherence to prenatal care in the coverage area by the Family Health Strategy Primeiro de Maio.

Keywords: Prenatal, Adherence, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Primeiro de Maio	19
Quadro 2	Descritores do problema da baixa adesão ao pré-natal na ESF Primeiro de Maio	20
Quadro 3	Desenho das operações para os nós críticos do problema da baixa adesão ao pré-natal	21
Quadro 4	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema da baixa adesão ao pré-natal	23
Quadro 5	Propostas de ações para a motivação dos atores	24
Quadro 6	Plano Operativo	25
Quadro 7	Planilha para acompanhamento de projetos	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	JUSTIFICATIVA	10
3	OBJETIVOS	11
3.1	Objetivo geral	11
3.2	Objetivos específicos	11
4	METODOLOGIA.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1	Gestação	13
5.2	Pré-natal	15
6	PLANO DE AÇÃO.....	19
6.1	Definição dos problemas	19
6.2	Priorização dos problemas	19
6.3	Descrição do problema selecionado	20
6.4	Explicação do problema	20
6.5	Seleção dos nós críticos	21
6.6	Desenho das operações	21
6.7	Identificação dos recursos críticos	23
6.8	Análise da viabilidade do plano	23
6.9	Elaboração do plano operativo	25
6.10	Gestão do plano	26
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Itamarandiba é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, que possui extensa e diversificada base territorial. Situa-se no Alto Vale do Jequitinhonha, sendo um dos principais municípios dessa região. O relevo é marcado pelas grandes chapadas e pela Serra do Espinhaço. Com área total de 2.735,573Km² e um número aproximado de domicílios e famílias de 8.967, Itamarandiba possuía, de acordo com o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 32.175 habitantes, e a população estimada para 2014 foi de 34.033 habitantes (IBGE, 2015).

Inicialmente conhecida como São João Batista, Itamarandiba foi elevada a distrito em 1840, emancipando-se, finalmente em 1862. Acredita-se que, a origem do povoado de São João Batista se deu através dos primeiros habitantes atraídos pela riqueza e fertilidade das terras, provavelmente os indígenas bororos. Em 1923, São João Batista recebeu o topônimo de Itamarandiba, vocábulo de origem indígena, derivado (segundo Saint-Hilaire) de ita-pedra, mirim-pequena e ndibá que se move juntamente com outras (IBGE, 2015).

O município de Itamarandiba apresenta atualmente 100% de cobertura de Atenção Básica à Saúde (ABS), incluindo zona rural e urbana (BRASIL, 2015a).

Com o objetivo de melhorar o atendimento na atenção básica na Estratégia Saúde da Família (ESF) e auxiliar na Política Nacional de Promoção da Saúde, foram criados pela portaria 154 de 24 de janeiro de 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (FLORINDO, 2009). “Os NASF vieram para contribuir com as equipes de ESF, tendo como preceito básico um trabalho interdisciplinar e de matriciamento” (FLORINDO, 2009, p.72).

Estou inserida no NASF do município de Itamarandiba desde maio de 2014. O NASF é composto por uma Profissional de Educação Física, uma Fisioterapeuta, uma Nutricionista e uma Psicóloga. Os profissionais do NASF atendem todas as equipes de ESF do município de Itamarandiba.

A ESF Primeiro de Maio possui 1.096 famílias cadastradas em sua área de abrangência. Seu funcionamento é de segunda a sexta-feira de 7:00 às 17:00 horas.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Primeiro de Maio foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: baixa adesão ao pré-natal; risco cardiovascular aumentado; falta de opções de lazer;

uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos; violência; acúmulo de entulho e lixo nos lotes. Dentre esses problemas priorizamos a baixa adesão ao pré-natal, pois a assistência pré-natal tem efeito protetor para a saúde materna e a neonatal (LÍBERA *et al.*, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

“O pré-natal consiste no acompanhamento da gestante, servindo como um momento de aprendizagem para a mulher e sua família e permite, ainda, detectar anormalidades com a mãe e a criança” (ARAÚJO *et al.*, 2010, p.61).

As finalidades do acompanhamento pré-natal são prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas fetais, além de informar a gestante a respeito da gravidez, parto, puerpério e cuidados com o bebê (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

Temos 30 gestantes cadastradas na ESF Primeiro de Maio, entretanto, somente 22 fazem o pré-natal.

Considerando a baixa adesão ao pré-natal na ESF Primeiro de Maio e a importância desse acompanhamento na redução da morbimortalidade materna e neonatal, surgiu a necessidade de elaborar uma proposta de intervenção para aumentar a adesão ao pré-natal das gestantes da área de abrangência da ESF Primeiro de Maio, além de contribuir para que a equipe da ESF possa assistir a gestante o mais precocemente possível, prevenindo ou atenuando possíveis complicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para aumentar a adesão ao pré-natal das gestantes da área de abrangência da ESF Primeiro de Maio no município de Itamarandiba-MG.

3.2 Objetivos específicos

Incentivar os casais da área de abrangência da equipe à participação no planejamento familiar;

Informar os adolescentes sobre gravidez precoce;

Contribuir para que a equipe da ESF possa assistir a gestante o mais precocemente possível;

Aperfeiçoar a estrutura do serviço prestado para o atendimento às gestantes do município;

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da proposta de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), onde o levantamento das informações sobre os problemas de saúde da população da área de abrangência da ESF Primeiro de Maio se deu através dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dos registros da equipe de saúde, e principalmente, através do diálogo constante com os profissionais de saúde da referida ESF e conversas informais com a Secretária Municipal de Saúde e com a Coordenadora da Atenção Primária.

Após realizar o levantamento dos principais problemas da área de abrangência da ESF Primeiro de Maio, a baixa adesão ao pré-natal foi considerada como o problema mais urgente da área.

Para construção do referencial teórico foram consultadas as bases de dados: Scientific Electronic Libray Online (SciELO) e Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) dando preferência às publicações recentes sobre o tema. Para orientar a busca de artigos foram utilizados alguns Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como por exemplo: cuidado pré-natal, gravidez, mortalidade materna, mortalidade neonatal.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Gestação

“A gestação é o período de tempo em que se desenvolve o embrião no útero materno, desde a fecundação até o nascimento” (SILVA; SILVA; LOPES, 2010, p.2). É um período de transformações biopsicossociais, onde a mulher passa por alterações psicológicas e transformações em seu organismo (KLEIN; GUEDES, 2008).

Considerada como um fenômeno fisiológico, na maioria dos casos a gestação evolui sem complicações, porém, uma pequena quantia de gestantes é considerada de alto risco por sofrerem algum agravo ou terem características peculiares, com maiores possibilidades de evolução adversa (BRASIL, 2000a).

“Durante a gestação, o acompanhamento oferecido pela equipe de saúde através do pré-natal, torna-se um processo importante pelo qual a mulher deve passar” (CATAFESTA *et al.*, 2007, p.458). O início precoce do pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para a prevenção das possíveis complicações gestacionais (COSTA *et al.*, 2013).

A gestação pode apresentar algumas complicações, principalmente, em relação ao histórico de comorbidades ou de alguma patologia apresentada pela progenitora (SILVA; SILVA; LOPES, 2010). Dentre as complicações pode-se citar: doença hipertensiva da gravidez; hiperêmese gravídica; descolamento prematuro da placenta; amniorrexe prematura; oligoidrâmnio entre outros (SILVA; SILVA; LOPES, 2010).

A doença hipertensiva da gravidez é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna. Pode manifestar-se sem antecedentes de hipertensão crônica ou sobreposta a uma doença hipertensiva subjacente e é chamada de pré-eclâmpsia (FERREIRA; CAMPANA, 2004). A hiperêmese gravídica é caracterizada por náuseas e vômitos prolongados e incoercíveis, que ocasionam desidratação, distúrbios hidreletrolíticos e metabólicos e perda de peso (FEBRASGO, 2013). O descolamento prematuro da placenta é entendido como a separação da placenta implantada no corpo do útero, depois da 20^a semana de gestação (FEBRASGO, 2006). A amniorrexe prematura pode ser entendida como a rotura das membranas ovulares ocorrendo antes de iniciado o trabalho de parto e tem como primeiro sinal

clínico, a perda abundante de líquido vaginal (BRAGA; OKASAKI, 2004). O oligodrâmnio caracteriza-se pela presença de volume de líquido amniótico menor que o esperado para determinada idade gestacional (ZIMMERMANN *et al.*, 2010).

O manual técnico para gestação de alto risco do Ministério da Saúde distribuiu em quatro grupos, os fatores mais comuns causadores de risco à gestação na população em geral (BRASIL, 2000a):

- Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis: idade menor que 17 e maior que 35 anos; ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 m; peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

- História reprodutiva anterior à gestação atual: morte perinatal explicada e inexplicada; recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; abortamento habitual; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos; nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; cirurgia uterina anterior.

- Doenças obstétricas na gestação atual: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; aloimunização; óbito fetal.

- Intercorrências clínicas: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias.

Conhecer e monitorar esses fatores e as condições de nascimento é a melhor maneira de intervir e prevenir intercorrências ou riscos, avaliando o estado de saúde geral da mãe, além do auxílio prestado no momento do parto (RAMOS; CUMAN, 2009).

As principais causas de morte materna nos países desenvolvidos são as obstétricas indiretas, originadas de complicações das doenças precedentes ao período gestacional, enquanto nos países em desenvolvimento, como o Brasil, as causas obstétricas diretas, relacionadas às doenças próprias da gravidez, são as mais prevalentes (MATIAS *et al.*, 2009).

“A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento” (BRASIL, 2007, p.9).

Segundo estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 1990 aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações gestacionais. Desse total, apenas 5% vivia em países desenvolvidos, o que indica índices alarmantes de mortalidade materna nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

A subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito são dois fatores que dificultam o real monitoramento da mortalidade materna no Brasil. A subinformação procede do preenchimento inadequado das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve origem relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório (BRASIL, 2007).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), os óbitos maternos notificados em 2009 foram de 1.872, enquanto em 2014 foram notificados 1.552, demonstrando uma diminuição razoável nos últimos seis anos. Ao que tudo indica essa diminuição continua no ano de 2015, uma vez que, os óbitos notificados até junho foram de 521, enquanto no mesmo período do ano anterior já haviam sido notificados 839 óbitos maternos (BRASIL, 2015b).

Ainda de acordo com o SIM, o maior número de óbitos neonatais (masculinos e femininos) no Brasil foi notificado em 2005 (34.382), enquanto que o menor número foi notificado no ano de 2014 (26.673), demonstrando uma diminuição significativa na última década. Ao que tudo indica essa diminuição continua ocorrendo em 2015, tendo em vista que, os óbitos neonatais notificados até junho foram de 10.031, enquanto no mesmo período do ano anterior já haviam sido notificados 13.755 óbitos neonatais (BRASIL, 2015b).

5.2 Pré-natal

A assistência pré-natal consiste no acompanhamento de todo o processo gravídico-puerperal, que compreende fatores como, o respeito aos sentimentos, necessidades e valores culturais da gestante, a disposição e o compromisso dos profissionais, e a escuta qualificada durante as consultas, considerando, além dos

aspectos biológicos, as transformações físicas, sociais, e psicológicas da gestante (BRASIL, 2000b).

“O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (BRASIL, 2005, p.8). O período pré-natal é uma época de muito aprendizado, onde a gestante é preparada, física e psicologicamente para o momento do parto e para a maternidade (RIOS; VIEIRA, 2007).

Para Ximenes Neto *et al.* (2008) as principais finalidades do pré-natal são a prevenção, identificação e/ou correção de possíveis complicações gestacionais, além de orientar e preparar a gestante para a gravidez, parto, puerpério e cuidados com o bebê. Torna-se ainda, um momento favorável de proporcionar apoio emocional e psicológico ao companheiro e à família, na intenção de que estes se envolvam com o processo gravídico-puerperal da gestante.

Para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, os profissionais da equipe de saúde deverão seguir as recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado por meio da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000c):

- 1 - Realizar a primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- 2 - Realizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
- 3 - Realizar consulta puerperal até 42 dias após o parto;
- 4 - Realizar os seguintes exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na 30ª semana da gestação; c) urina rotina, um exame na primeira consulta e outro na 30ª semana da gestação; d) glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na 30ª semana da gestação; e) HB/Ht, na primeira consulta.
- 5 - Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta;
- 6 - Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- 7 - Realizar atividades educativas;
- 8 - Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

9 - Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado.

Entre as atribuições dos profissionais que compõe a equipe de saúde, para a assistência pré-natal estão (BRASIL, 2012):

- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e encaminhá-las ao serviço de saúde;
- Orientar as gestantes e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação, dos cuidados básicos de saúde, nutrição, higiene e sanitários;
- Realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, e atualizá-lo a cada consulta de pré-natal;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
 - Identificar situações de risco e vulnerabilidade;
 - Realizar atividades educativas, individuais e em grupos;
 - Realizar testes rápidos, exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero, e solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Prescrever e fornecer medicamentos padronizados para o programa de pré-natal, e aplicar as vacinas antitetânica e contra hepatite B;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
 - Realizar consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros;
 - Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
 - Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;

- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o bebê e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Primeiro de Maio foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: baixa adesão ao pré-natal; risco cardiovascular aumentado; falta de opções de lazer; uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos; violência; acúmulo de entulho e lixo nos lotes.

6.2 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, os mesmos foram classificados de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Primeiro de Maio.

ESF Primeiro de Maio - Priorização dos problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao pré-natal	Alta	7	Parcial	1
Risco cardiovascular aumentado	Alta	6	Parcial	2
Falta de opções de lazer	Alta	5	Parcial	3
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos	Alta	5	Parcial	3
Violência	Alta	5	Parcial	4
Acúmulo de entulho e lixo nos lotes	Alta	4	Parcial	5

* Escala empírica de 0 a 10 (maior pontuação equivale à maior urgência)

Fonte: Autoria própria (2015)

6.3 Descrição do problema selecionado

A baixa adesão ao pré-natal foi o problema definido como prioridade número 1 pela equipe da ESF Primeiro de Maio. O quadro 2 apresenta os descritores do problema priorizado.

Quadro 2 - Descritores do problema da baixa adesão ao pré-natal na ESF Primeiro de Maio.

Descritores	Valores	Fontes
Gestantes confirmadas	33	Estudos/ levantamento
Gestantes cadastradas	30	SIAB
Gestantes acompanhadas	22	Registro da equipe

Fonte: Autoria própria (2015)

6.4 Explicação do problema

O período pré-natal é uma fase de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade, sendo assim, se faz necessária, a realização de ações educativas durante todas as etapas da gravidez, uma vez que, é no pré-natal que a mulher precisa ser orientada com mais atenção, para que possa viver o parto de maneira positiva, correndo menos riscos de complicações no puerpério e com mais sucesso na amamentação (RIOS; VIEIRA, 2007).

Os objetivos do acompanhamento pré-natal são prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas fetais, além de, informar a gestante a respeito da gravidez, parto, puerpério e cuidados com o bebê (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

Na área de abrangência da ESF Primeiro de Maio, as principais causas da baixa adesão ao pré-natal se devem à gravidez precoce de adolescentes mal informadas, à gestação não planejada de adolescentes e mulheres jovens que demoram a assumir a gestação, devido à dificuldade de aceitação dos pais e/ou parceiros e da sociedade conservadora e também a baixa cota de exames disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) durante o pré-natal, onde a maioria das gestantes acaba não conseguindo realizar os exames para a próxima consulta e acham desnecessário comparecer à ESF para dar continuidade ao acompanhamento pré-natal.

6.5 Seleção dos nós críticos

Os seguintes problemas foram considerados como nós críticos da baixa adesão ao pré-natal na área de abrangência da ESF Primeiro de Maio:

- Planejamento familiar ineficiente;
- Ausência de Educação em Saúde para os adolescentes;
- Falta de interesse dos profissionais de saúde em realizar o pré-natal;
- Baixa cota de exames disponibilizados pelo SUS durante o pré-natal.

6.6 Desenho das operações

Para solução dos nós críticos foram estabelecidas operações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF Primeiro de Maio. O quadro 3 apresenta o desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Quadro 3 - Desenho das operações para os nós críticos do problema da baixa adesão ao pré-natal.

“Nó Crítico”	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Planejamento familiar ineficiente	Planejar para um futuro melhor Incentivar a participação no planejamento familiar	Redução do número de gestações indesejadas	Orientações aos usuários sobre métodos de contracepção eficazes e seguros; Orientações aos usuários sobre laqueadura e vasectomia; Maiores possibilidades de realização de laqueadura e vasectomia para casais que queiram.	Organizacional → para organizar as reuniões; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → para contratação de profissionais que realizem os procedimentos necessários; Financeiro → remuneração dos profissionais contratados, e insumos necessários para os procedimentos.
Ausência de Educação em Saúde para os	Tudo que um adolescente	Redução do número de adolescentes	Avaliação do nível de informação dos	Organizacional → para organizar as palestras;

adolescentes	<p>precisa saber</p> <p>Aumentar o nível de informação dos adolescentes sobre gravidez precoce</p>	grávidas	<p>adolescentes sobre gravidez precoce;</p> <p>Campanha educativa nas escolas.</p>	<p>Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;</p> <p>Político → conseguir autorização para realizar as palestras nas escolas;</p> <p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>
Falta de interesse dos profissionais de saúde em realizar o pré-natal	<p>Assistência pré-natal</p> <p>Motivar os profissionais para realização do pré-natal</p>	Aumentar a demanda de pré-natal	<p>Capacitação de pessoal;</p> <p>Ajuste de condutas.</p>	<p>Organizacional → para organizar as reuniões e capacitações;</p> <p>Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;</p> <p>Político → adesão aos programas oferecidos pelo MS e adesão dos profissionais;</p> <p>Financeiro → remuneração para os profissionais.</p>
Baixa cota de exames disponibilizados pelo SUS durante o pré-natal	<p>Gestação Segura</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento à gestante</p>	Garantia dos exames previstos no PHPN	<p>Regulação implantada;</p> <p>Maior disponibilidade de exames durante o pré-natal.</p>	<p>Organizacional → adequação no sistema de regulação;</p> <p>Cognitivo → elaboração do projeto de adequação;</p> <p>Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço e articulação entre os setores da saúde;</p> <p>Financeiro → aumento da oferta de exames.</p>

Fonte: Autoria própria (2015)

6.7 Identificação dos recursos críticos

No quadro 4 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema da baixa adesão ao pré-natal.

Operação	Recursos Críticos
<p>Planejar para um futuro melhor</p> <p>Incentivar a participação no planejamento familiar</p>	<p>Político > para contratação de profissionais que realizem os procedimentos necessários;</p> <p>Financeiro > remuneração dos profissionais contratados, e insumos necessários para os procedimentos.</p>
<p>Tudo que um adolescente precisa saber</p> <p>Aumentar o nível de informação dos adolescentes sobre gravidez precoce</p>	<p>Político > conseguir autorização para realizar as palestras nas escolas;</p> <p>Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>
<p>Assistência pré-natal</p> <p>Motivar os profissionais para realização do pré-natal</p>	<p>Político > adesão aos programas oferecidos pelo MS e adesão dos profissionais;</p> <p>Financeiro > remuneração para os profissionais.</p>
<p>Gestação Segura</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento à gestante</p>	<p>Organizacional > adequação no sistema de regulação;</p> <p>Político > decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço e articulação entre os setores da saúde;</p> <p>Financeiro > aumento da oferta de exames.</p>

Fonte: Autoria própria (2015)

6.8 Análise de viabilidade do plano

Considerando que a equipe não é controladora de todos os recursos necessários, tornou-se indispensável identificar os atores controladores e seu posicionamento diante do projeto. O quadro 5 apresenta a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p>Planejar para um futuro melhor</p> <p>Incentivar a participação no planejamento familiar</p>	<p>Político → para contratação de profissionais que realizem os procedimentos necessários;</p> <p>Financeiro → remuneração dos profissionais contratados, e insumos necessários para os procedimentos.</p>	<p>Prefeito Municipal; Secretário de saúde.</p> <p>Secretário de saúde; Fundo Nacional de Saúde.</p>	<p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar o projeto</p> <p>Apresentar o projeto</p>
<p>Tudo que um adolescente precisa saber</p> <p>Aumentar o nível de informação dos adolescentes sobre gravidez precoce</p>	<p>Político → conseguir autorização para realizar as palestras nas escolas;</p> <p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>	<p>Secretária Municipal de saúde; Diretores das escolas.</p> <p>Secretário de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Não é necessária</p>
<p>Assistência pré-natal</p> <p>Motivar os profissionais para realização do pré-natal</p>	<p>Político → adesão aos programas oferecidos pelo MS e adesão dos profissionais;</p> <p>Financeiro → remuneração para os profissionais.</p>	<p>Secretária Municipal de saúde.</p> <p>Secretário de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Não é necessária</p>
<p>Gestação Segura</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento à gestante</p>	<p>Organizacional → adequação no sistema de regulação;</p> <p>Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço e articulação</p>	<p>Secretária Municipal de Saúde.</p> <p>Secretário de saúde; Fundo Nacional de Saúde;</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Não é necessário</p> <p>Apresentar o projeto de estruturação da rede</p>

	entre os setores da saúde;	Secretária Municipal de Saúde.		
	Financeiro → aumento da oferta de exames.	Secretário de saúde; Fundo Nacional de Saúde.	Indiferente	Apresentar o projeto de estruturação da rede

Fonte: Aatoria própria (2015)

6.9 Elaboração do plano operativo

O plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. O quadro 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6 - Plano Operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<p>Planejar para um futuro melhor</p> <p>Incentivar a participação no planeamento familiar</p>	Redução do número de gestações indesejadas	<p>Orientações aos usuários sobre métodos de contraceção eficazes e seguros;</p> <p>Orientações aos usuários sobre laqueadura e vasectomia;</p> <p>Maiores possibilidades de realização de laqueadura e vasectomia para casais que queiram.</p>	Apresentar o projeto	Médico da ESF e Enfermeira da ESF	<p>Dois meses para o início das atividades;</p> <p>Apresentar o projeto em três meses e aguardar aprovação.</p>
<p>Tudo que um adolescente precisa saber</p> <p>Aumentar o nível de informação</p>	Redução do número de adolescentes grávidas	<p>Avaliação do nível de informação dos adolescentes sobre gravidez precoce;</p> <p>Campanha</p>		Enfermeira da ESF	Início e término seguem o calendário escolar referente ao ano letivo.

dos adolescentes sobre gravidez precoce		educativa nas escolas.			
Assistência pré-natal Motivar os profissionais para realização do pré-natal	Aumentar a demanda de pré-natal	Capacitação de pessoal; Ajuste de condutas.		Médico da ESF	Início em dois meses e término em três meses; Início em quatro meses e avaliação a cada semestre.
Gestação Segura Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento à gestante	Garantia dos exames previstos no PHPN	Regulação implantada; Maior disponibilidade de exames durante o pré-natal.	Apresentar o projeto de estruturação da rede	Médico da ESF e Enfermeira da ESF	Início em quatro meses e avaliação a cada semestre; Apresentar o projeto em três meses e aguardar aprovação.

Fonte: Autoria própria (2015)

6.10 Gestão do plano

O quadro 7 apresenta a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 7 - Planilha para acompanhamento de projetos.

Operação "Planejar para um futuro melhor"					
Coordenação: Médico da ESF					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Orientações	Médico da ESF	2	Planejamento		

aos usuários sobre métodos de contracepção eficazes e seguros; 2 Orientações aos usuários sobre laqueadura e vasectomia	e Enfermeira da ESF	meses	familiar implantado.		
3 Maiores possibilidades de realização de laqueadura e vasectomia para casais que queiram	Médico da ESF e Enfermeira da ESF	8 meses	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde.		
Operação “Tudo que um adolescente precisa saber” Coordenação: Enfermeira da ESF					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Avaliação do nível de informação dos adolescentes sobre gravidez precoce	Enfermeira da ESF	4 meses	Roteiro de avaliação elaborado.		
2 Campanha educativa nas escolas	Enfermeira da ESF	4 meses	Conteúdo definido; Recursos audiovisuais definidos.	Falta definição do cronograma pelos diretores das escolas	Início no próximo ano letivo
Operação “Assistência pré-natal” Coordenação: Médico da ESF					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Capacitação de pessoal	Médico da ESF	2 meses	Programa de capacitação elaborado; Capacitação com início para um mês.		
2 Ajuste de condutas	Médico da ESF	4 meses	Fase de elaboração do projeto.		

Operação “Gestação Segura”					
Coordenação: Médico da ESF					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Regulação implantada	Médico da ESF e Enfermeira da ESF	4 meses	Projeto de regulação em discussão.		
2 Maior disponibilidade de exames durante o pré-natal	Médico da ESF e Enfermeira da ESF	8 meses	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde.		

Fonte: Autoria própria (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante o diagnóstico situacional da realidade apresentada na área de abrangência da ESF Primeiro de Maio no município de Itamarandiba-MG, constatamos diversos problemas, dentre eles, a baixa adesão ao pré-natal, que foi considerada como o problema mais urgente da área.

A proposta principal desse estudo foi o desenvolvimento de uma importante ferramenta que pode ser usada para uma possível mudança da realidade local, um plano de ação, elaborado especialmente para aumentar a adesão das gestantes da área ao pré-natal.

Com base no referencial teórico utilizado neste estudo, podemos afirmar que o acompanhamento pré-natal adequado, durante todo o processo gravídico-puerperal, proporciona inúmeros benefícios tanto para a mãe como para o bebê.

Nessa perspectiva vale destacar que os profissionais da Atenção Básica, enquanto promotores de saúde devem agir no intento de criar formas de aumentar a demanda de pré-natal nas unidades, a fim de prevenir possíveis complicações durante o período gestacional e no puerpério.

Acredita-se que os objetivos propostos para esse estudo serão alcançados, mesmo reconhecendo que este trabalho não constitui um ponto final sobre o assunto, mas uma pequena contribuição para ser agregada às possibilidades existentes de como aumentar a adesão das gestantes ao pré-natal.

Espera-se com esse plano de ação conseguir aumentar a adesão ao pré-natal na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Primeiro de Maio.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.M. *et al.* A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**. v.3, n.2, p.61-67, 2010.

BRAGA, A.F.; OKASAKI, E.L.F.J. Prevenção da prematuridade: papel da enfermagem. **Rev Enferm UNISA**. v.5, p.52-56, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco**. Manual Técnico. Brasília, 3ªed., 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Mulher. **Assistência Pré-natal**. Manual Técnico. Brasília, 3ªed., 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2000c. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF>. Acesso em: 12/10/15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, 3ªed., 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. 2015a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 01/06/15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **SIM – Sistema de Informações Sobre Mortalidade.** 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>>. Acesso em: 19/09/15.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2. 31d. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

CATAFESTA, F. *et al.*. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.457-475, 2007.

COSTA, C.S.C. *et al.* Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.2, p.516-522, 2013.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Descolamento prematuro da placenta. **Rev Assoc Med Bras.** v.52, n.3, p.125-127, 2006.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Como lidar com náuseas e vômitos na gestação:** recomendação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2013.

FERREIRA, M.E.; CAMPANA, H.C.R. Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez. **Revista Uningá**, n.1, p.39-46, 2004.

FLORINDO, A.A. Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** v.14, n.1, p.72-73, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Minas Gerais, Itamarandiba.** IBGE, 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313250&search=||in fogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 01/06/15.

KLEIN, M.M.S.; GUEDES, C.R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.** v.28, n.4, p. 862-871, 2008.

LÍBERA, B.D. *et al.* Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4855-4864, 2011.

MATIAS, J.P. *et. al.* Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.31, n.11, p.559-565, 2009.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Ver. Enferm.** v.13, n.2, p.297-304, 2009.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.477-486, 2007.

SIAB - MUN ITAMARANDIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Estratégia Saúde da Família Primeiro de Maio**. 2015.

SILVA, J.W.F.; SILVA, G.B.; LOPES, R.C. A importância das orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais e a realidade encontrada. **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer**, v.6, n.9, p.1-29, 2010.

XIMENES NETO, F.R.G. *et al.*. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.**, v.61, n.5, p.595-602, 2008.

ZIMMERMANN, J.B. *et al.* Oligoidrâmnio isolado em gestação a termo: qual a melhor conduta? **FEMINA**, v.38, n.4, p.203-209, 2010.