



Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

NIVALDO DOS SANTOS

**A GESTÃO DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE DE ALTO
RISCO NA REGIÃO DE ITUIUTABA – MINAS GERAIS**

Belo Horizonte
2015

NIVALDO DOS SANTOS

A GESTÃO DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE DE ALTO RISCO NA REGIÃO DE ITUIUTABA – MINAS GERAIS

Projeto de pesquisa de curso apresentado à Coordenadoria de Pós-Graduação da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais ESP/MG, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em gestão hospitalar.

Orientadores: Prof.^a Tatiana Silva Tavares

Belo Horizonte
2015
NIVALDO DOS SANTOS

**A GESTÃO DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE DE ALTO
RISCO NA REGIÃO DE ITUIUTABA – MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de curso, aprovado como requisito parcial à obtenção do grau de especialista no Curso de Gestão Hospitalar da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais ESP/MG.

Habilitação: Administrador Hospitalar

Data da Aprovação: 09-04-2015

Belo Horizonte (MG), 09 de Abril de 2015.

Banca Examinadora

Tatiana Silva Tavares

Diana Martins Barbosa

Lucio Lemos Barbosa

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra aos meus pais Ana Elias dos Santos e João Batista dos Santos (Falecido) que, desde cedo, souberam reconhecer o valor do conhecimento, encaminhando-nos para a escola.

A minha esposa Lucia Helena da Silva Santos e ao meu filho Jackson Lucas da Silva Santos, pessoas especiais, que compreenderam minha ausência, sabendo relevar os momentos mais difíceis desta árdua caminhada.

Por isso tudo amo minha família e dedico-lhes esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a minha família, aos meus amigos de sala de aula, a todos colaboradores do Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo, ao corpo docente da ESP/MG, especialmente a minha Orientadora Tatiana Silva Tavares, que muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual, durante o processo de definição e orientação.

RESUMO

As metas nacionais para a redução das taxas de mortalidade materno e infantil são um desafio para as autoridades de saúde, pois mesmo com diversas ações adotadas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde, este indicador continua em patamares inaceitáveis em algumas regiões do país. Apesar da melhoria no acesso aos serviços de saúde em Minas Gerais, na macro-região do Triângulo Norte, e na micro-região Ituiutaba, o Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo, no município Ituiutaba ainda vem recebendo gestantes de alto risco em sua maternidade de risco habitual, causando graves consequências na qualidade da assistência prestada a estas gestantes e aumento da taxa de mortalidade infantil na maternidade do Hospital. O objetivo do projeto é construir um fluxo de atenção à saúde da mulher, através de um processo administrativo (fluxograma de encaminhamento da Gestante de Alto Risco), a ser implantado, em parceria, com as redes de atenção à saúde. O método escolhido para elaboração do projeto foi a pesquisa-ação e para o planejamento foi o planejamento estratégico desenvolvido por Carlos Matus. O desenvolvimento do projeto de intervenção e do plano de ação no município de Ituiutaba, localizado na macrorregião Uberlândia e na microrregião Ituiutaba do Estado de Minas Gerais, baseou-se em pesquisa bibliográfica e diagnóstico situacional por meio de entrevistas e coletas de dados documentais no hospital e nas unidades básicas de saúde / Equipes de Saúde da Família (ESF). Foi realizada uma oficina com os envolvidos na assistência da gestante de alto risco, com intuito de sensibilizar os profissionais para identificação dos nós críticos a serem enfrentados, através da elaboração do diagnóstico situacional. O diagnóstico situacional revelou, principalmente, a falta de vinculação das gestantes de alto risco, que durante o período gestacional, quando de uma intercorrência, acabam sendo atendidas pelo hospital São José no município. Para o enfrentamento dos nós-críticos foram propostas ações, dentre essas ações estão a discussão sobre o fluxo da gestante de alto risco e a elaboração de um fluxograma de encaminhamento a ser realizada em uma segunda oficina. Na oficina, foi possível elaborar um plano de ação a ser implantado com a participação da SMS/Ituiutaba, hospital e GRS e ainda a pactuação de indicadores que irão influenciar diretamente nas taxas de mortalidade materno e infantil. O plano de ação e o fluxograma serão implantados posteriormente por uma equipe de trabalho de educação permanente com todos os profissionais das unidades básicas de saúde que realizam pré-natal das gestantes de alto risco e equipe multiprofissional do Hospital São José da SSVP que atuam na assistência materno-infantil. Espera-se como resultados garantir a referência e a contra referência para a gestante de risco habitual, risco médio, alto risco e muito alto risco; promover a integração entre equipes das unidades básicas de saúde e hospital; garantir a continuidade do cuidado às gestantes e às crianças; qualificar e melhorar a qualidade da assistência de saúde a gestante e ao recém-nascido. Pretende-se com as ações a serem implantadas, pactuadas através deste projeto, uma melhora na qualidade da assistência à gestante e ao recém-nascido, proporcionando segurança aos procedimentos realizados e principalmente vinculando a gestante de alto risco a um ponto de atenção preparado tecnologicamente para o atendimento da mãe e do recém-nascido. Dessa forma, busca-se impactar numa mudança da cultura em nossa região que possibilite à mulher e à família vivenciar a experiência do parto e do nascimento como um momento de extrema beleza e de forma segura.

Descritores: Mortalidade Infantil; Indicadores de Saúde; Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

National targets for the reduction of maternal and infant mortality rates are a challenge to health authorities, because even with several actions taken by the Ministry of Health and the Health Departments, this indicator remains at unacceptable levels in some regions of the country. Despite improvements in access to health services in Minas Gerais, North Triangle macro-region, and the micro-region Ituiutaba, St. Joseph's Hospital of the Society of St. Vincent de Paul, in Ituiutaba municipality is still receiving high-risk pregnancies in his usual risk maternity, causing serious consequences for the quality of care provided to these pregnant women and increased infant mortality rate in the Hospital. The project goal is to build a stream of attention to women's health, through a new administrative process (routing flowchart of High Risk Pregnancy), to be implemented in partnership with the health care networks. The method chosen for the project design was action research and planning was strategic planning developed by Carlos Matus. The development of the intervention design and action plan in the city of Ituiutaba, located in Uberlândia and macro-micro Ituiutaba of Minas Gerais, was based on literature research and situation analysis through interviews and documentary data collection in hospital, and basic health units / Teams Family Health (ESF). A workshop with those involved in high-risk pregnant women's care was performed, aiming to sensitize professionals to identify the critical problems to be faced by developing situation analysis. The situation analysis showed mainly the lack of linkage of high-risk pregnancy, during the pregnancy, when a complication, end up being served by the county hospital. To address these critical we-were proposed actions, these actions are among the discussion of high risk pregnancies flows and development of a forward flow chart to be held in a second workshop. In the workshops was possible to draw up an action plan to be implemented with the participation of SMS / Ituiutaba, hospital and GRS, and still agreeing on indicators that will directly influence the maternal and infant mortality rates. The action plan and the flowchart will later be implemented by a permanent education work team with all professionals of basic health units performing prenatal high-risk pregnant women and multidisciplinary team of the Hospital São José, SSVP working in care maternal and child. The expected results ensure the reference and counter reference to the usual risk pregnant women, medium risk, high risk and very high risk; promote integration between teams of basic health units and hospital; ensure continuity of care to pregnant women and children; qualify and improve the quality of health care for mothers and newborns. The aim of the actions to be implemented, agreed through this project, an improvement in the quality of care to pregnant women and newborns, providing security procedures and performed mainly by linking to high-risk pregnant women to a point technologically prepared attention to the care of the mother and the newborn. Thus, we seek to impact a culture change in our region that allows the woman and family to experience the experience of childbirth and birth as a time of extreme beauty and safely.

Descriptors: Infant Mortality; Health Status Indicators; Health Planning.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01- Proporção dos componentes da taxa mortalidade infantil. Minas Gerais, 2005 - 2010.....	17
--	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Esquema de Organização da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde da Mulher, Minas Gerais, 2010.....	21
FIGURA 02 – Macrorregiões do Estado de Minas Gerais.....	34
FIGURA 03 – Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte e suas Regiões de Saúde, Minas Gerais.....	35
FIGURA 04 – Municípios da microrregião de Ituiutaba, Minas Gerais.....	35

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Estrato de Risco das Redes de Atenção à Saúde /Rede Viva Vida.....	23
QUADRO 02 – Relação de Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.....	30
QUADRO 03 – Lógica para constituição da Rede Viva Vida.....	31
QUADRO 04 – Pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares que devem ser referência para o pré-natal e o parto nos diversos estratos de risco da gestação.....	32
QUADRO 05 – Indicadores Relacionados à atenção à saúde de cada município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.....	33
QUADRO 06 – Dados da Microrregião de Ituiutaba-MG.....	35
QUADRO 07 – Dados da Microrregião de Ituiutaba-MG – Relação de Gestantes de Alto Risco X Gestante de Risco habitual.....	35
QUADRO 08 – Gestantes de Alto Risco atendidas pelo HSJ e transferidas para maternidade de alto Risco em 2014.....	36
QUADRO 09 – Óbitos Infantil referente ao período de 2012 a 2014.....	37
QUADRO 10 – Cronograma.....	39
QUADRO 11 – Plano de Ação.....	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SSVP – Sociedade de São Vicente de Paulo
- HSJ – Hospital São José
- ESF – Equipe de Saúde da Família
- UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COM ÊNFASE NA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.....	16
3.2	MORTALIDADE INFANTIL E O ACESSO GEOGRÁFICO AO PARTO	18
3.3	FATORES ASSOCIADOS À SOBREVIVÊNCIA DAS CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE VIDA.....	19
3.4	ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DESTINADOS ÀS GESTANTES.....	22
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	26
4.2	METODOLOGIA DE PLANEJAMENTO	27
4.3	CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	28
5	PLANO DE AÇÃO E INTERVENÇÃO	29
5.1	RESULTADOS ESPERADOS EM RELAÇÃO AOS DADOS COLETADOS ...	29
5.2	COMPROMISSOS E METAS A PACTUAR	29
5.3	OPERACIONALIZAÇÕES DO PLANO DE AÇÃO E INTERVENÇÃO	29
5.4	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	30
5.5	METAS.....	31
5.6	ESTRATÉGIAS.....	31
5.7	MONITORAMENTO	31
5.7.1	Indicadores de Estrutura	31
5.7.2	Indicadores de Processo	32
5.7.3	Indicadores de Resultado.....	32
6	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	33
7	CRONOGRAMA.....	45
8	ORÇAMENTO	46
9	REFERÊNCIAS	47
10	APÊNDICE A - PLANO DE AÇÃO.....	48
11	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA TRABALHO DE PESQUISA.....	50
12	ANEXO B – CARTILHA PARA GESTANTE.....	52

1 INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna e infantil no Brasil é ainda um desafio e configura um grave problema de saúde pública. A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um indicador do nível de saúde de uma população, sintetizando as condições de bem-estar social, político e ético de uma conformação social. Além disso, a mortalidade infantil é um dos indicadores que melhor refletem as condições gerais de vida de uma população. As grandes diferenças econômicas encontradas em muitas regiões do Brasil, inclusive no estado de Minas Gerais, impõem às mulheres e às crianças uma vulnerabilidade social, que é comprovadamente um fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para mortalidade materna e neonatal. As políticas e ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde têm reduzido essas desigualdades na busca de uma melhoria contínua da assistência à saúde desse grupo da população, mesmo assim o país ainda convive com profundas disparidades regionais e interestaduais, representadas pela existência de grupos sociais mantidos à margem do progresso social e do acesso a determinados serviços públicos de saúde (PEDIATRIA, 2010).

Embora tenham sido desenvolvidas estratégias importantes como a Rede Cegonha pelo governo federal o Programa Rede Viva Vida e Mãe de Minas pelo governo do estado de Minas Gerais, estas ações são insuficientes. Além da desigualdade na disponibilidade de serviços e recursos de saúde, os problemas de acesso geográfico ao parto refletem as falhas na integração e articulação entre os serviços de saúde. Apesar de o parto se tratar de uma urgência prevista, a atenção materno-infantil mantém-se desarticulada e fragmentada (SAÚDE PÚBLICA, 2012).

A implantação das redes de atenção à saúde se faz necessário para transformação nos paradigmas existentes, mudanças culturais nos recursos humanos e a melhoria da assistência

à população, principalmente à gestante, buscando a integração dos pontos de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido.

Apesar da melhoria no acesso aos serviços de saúde no Estado de Minas Gerais, na macrorregião do Triângulo Norte e na microrregião Ituiutaba, o Hospital São José (HSJ) da Sociedade de São Vicente de Paulo (SSVP), no município Ituiutaba, ainda vem recebendo gestantes de alto risco em sua maternidade de risco habitual, causando graves consequências na qualidade da assistência prestadas a esta gestante, e ainda impactando negativamente nos indicadores da instituição.

O problema que norteou o desenvolvimento deste projeto de intervenção foi a procura por atendimento das gestantes de alto risco e a crescente taxa de mortalidade infantil (TMI) na maternidade do Hospital São José da SSVP de Ituiutaba – Minas Gerais.

A causa desse aumento pode estar relacionada ao fluxo de encaminhamento da gestante de alto risco, pois o hospital tem atendido uma demanda de gestantes que deveriam ser atendidas na macrorregião de Uberlândia. Entretanto levantam-se algumas hipóteses, como fluxo de encaminhamento equivocado, o “despreparo” do hospital para esse atendimento, falta ou quadro de profissionais não qualificados, estrutura precária do hospital, modelo da assistência não humanizada prestada a partos e nascimentos ou processos administrativos ultrapassados, podem estar contribuindo para o crescimento da taxa de mortalidade.

Este projeto tem o intuito de investigar quais são os componentes que determinam a crescente TMI e assim entender os problemas da rede assistencial de saúde, desde pré-natal até o ponto final, para que se possa criar um processo administrativo (fluxograma de encaminhamento), a ser implantado com as redes de atenção à saúde, interferindo diretamente na saúde da mulher voltado para uma visão integral do cuidado.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Construir um fluxo de atenção à saúde da mulher, através de um processo administrativo (fluxograma de encaminhamento da Gestante de Alto Risco), a ser implantado em parceria com os demais pontos das redes de atenção à saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar diagnóstico situacional para analisar os processos administrativos da rede assistencial da gestante de alto risco desde pré-natal até um ano de vida da criança;
- Elaborar um fluxograma o qual atenda às necessidades de atenção à saúde da gestante de alto risco.
- Realizar atividades coletivas para a educação permanente das equipes das unidades básicas de saúde e do hospital sobre os processos administrativos da gestante de alto risco.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COM ÊNFASE NA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

A TMI no Brasil é um indicador que, nas últimas décadas, está em pleno declínio, devido às políticas prioritárias desenvolvidas pelos governos das três esferas, isto é notório e não se discute (LIMA, 2012).

Os principais fatores que contribuíram para esta queda são as melhorias nas condições sociais, econômicas e principalmente no acesso a serviços de saúde com atendimento de qualidade. Estas melhorias começam acontecer com promulgação da nova Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com sua regulamentação pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Entretanto a TMI no Brasil está acima de dois dígitos, patamares, estes, não aceitos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pois em países desenvolvidos este indicador é de apenas um dígito. Apesar dos avanços significativos que conseguimos construir nas duas últimas décadas com a implantação do SUS, ainda temos muito que fazer para atingirmos os níveis de TMI praticadas nos países desenvolvidos. Se, nas décadas anteriores a 1980, a prioridade era os problemas ligados, principalmente, ao ambiente físico e social em que a criança encontrava-se inserido, atualmente o desafio incorpora à necessidade de se construir a equidade no acesso de serviços de saúde de qualidade, além da instituição de políticas públicas que visem à diminuição das desigualdades socioeconômicas e a extensão ao saneamento básico (PEDIATRIA, 2010).

Diante da democratização da saúde, instituída como direito fundamental a todos os brasileiros, e a institucionalização de um Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990, sob a lógica da universalização do acesso e da integralidade e equidade de seus

serviços, a TMI torna-se um importante norteador das ações de saúde pública, em que políticas governamentais e programas de prevenção e promoção da saúde infantil passam a ser pensadas como questões prioritárias a serem solucionadas pelo Estado (PEDIATRIA, 2010).

Assim para uma maior redução na TMI, no Brasil, se faz necessário a expansão no acesso a serviços de saúde de qualidade às populações menos favorecida e também de transformações estruturais, além de ações intersetoriais, na busca por melhor distribuição de renda, geração de empregos e melhoria na infraestrutura urbana, principalmente no saneamento básico.

As frequentes mudanças proporcionadas pelos investimentos do governo federal nas estratégias para aumentar o acesso das gestantes a um serviço de saúde de qualidade atuaram diretamente sobre a modificação nos determinantes da saúde materno-infantil, todavia os resultados esperados estão insatisfatórios, assim sendo a integralidade da atenção nos serviços de saúde, desde atenção primária até atenção terciária, passando pela atenção secundária, precisa de uma nova concepção e reformulação, principalmente na interação dos processos da assistência da gestante durante o pré-natal, o parto, e ainda à criança até que ela complete um ano de vida:

“O conhecimento das causas de morte é fundamental para identificar prioridades de intervenção e formular diretrizes específicas para redução da mortalidade. Ao revelar as mortes potencialmente evitáveis por mudanças na conduta preventiva e assistencial, subsidia a reorganização dos serviços de assistência materno-infantil e a redução dos custos sociais e econômicos decorrentes de doenças e agravos à saúde da criança.” (PEDIATRIA, 2010 p.138).

Portanto a institucionalização do SUS, a melhoria na cobertura de saúde mediante os programas e as ações para um acesso aos serviços de saúde de qualidade, assim como a

ampliação do saneamento básico, foram responsáveis não só para reduzir a TMI, mas também pela modificação de suas causas.

3.2 MORTALIDADE INFANTIL E O ACESSO GEOGRÁFICO AO PARTO

O modelo de desenvolvimento excludente e concentrador de rendas, recursos e serviços existentes no Brasil, determinaram grandes desigualdades regionais no país, colaborando para uma TMI considerada muita alta em algumas regiões, sobretudo no Norte/Nordeste do Estado de Minas Gerais (SAÚDE PÚBLICA 2012).

Na década de 1990, com a regulamentação do SUS pela Lei 8080, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde foram dados os primeiros passos rumo à diminuição das desigualdades. Entretanto, depois 24 anos, ainda faltam muitas ações a serem realizadas para conseguirmos atingir os objetivos de uma sociedade mais justa e de menos diferenças entre as regiões do Brasil, com acesso a um serviço de qualidade com recursos humanos, materiais e tecnológicos:

“No cenário atual, o acesso geográfico à assistência ao parto, relacionado à oferta desigual de serviços de saúde de qualidade, é um dos componentes de vulnerabilidade da mãe e do conceito. Se o acesso aos serviços de saúde é fundamental para uma assistência eficiente e para a redução das desigualdades, o enfoque à inacessibilidade de alguns grupos populacionais é essencial para a tomada de decisão sobre a localização e dimensão dos serviços.”
(SAÚDE PÚBLICA 2012, p.69).

O acesso ao parto é, portanto, fundamental para qualificar a assistência materno-infantil, além deste contexto das desigualdades na disponibilidade de serviços e recursos de

saúde, as falhas na integração e articulações entre os serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária são componentes que contribuem para uma elevada TMI no Brasil. Apesar de o parto se tratar de uma urgência prevista, a atenção materno-infantil mantém-se desarticulada e fragmentada (SAÚDE PÚBLICA 2012). Segundo Lima (2012), estima-se que 62 % desses óbitos são considerados evitáveis.

Assim sendo, os aspectos geográficos é um componente determinante da assistência materno-infantil, que, quando considerados, podem oferecer contribuições importantes ao problema de redução da mortalidade infantil no Brasil. Mesmo com quedas significantes na TMI no Brasil, ainda persistem diferentes níveis e padrões de declínios das taxas entre regiões geográficas e entre subgrupos populacionais no interior das regiões. Outro fator importante é que o número de mortes de crianças menores de um ano de idade não é compatível com o potencial econômico do país (LIMA, 2012).

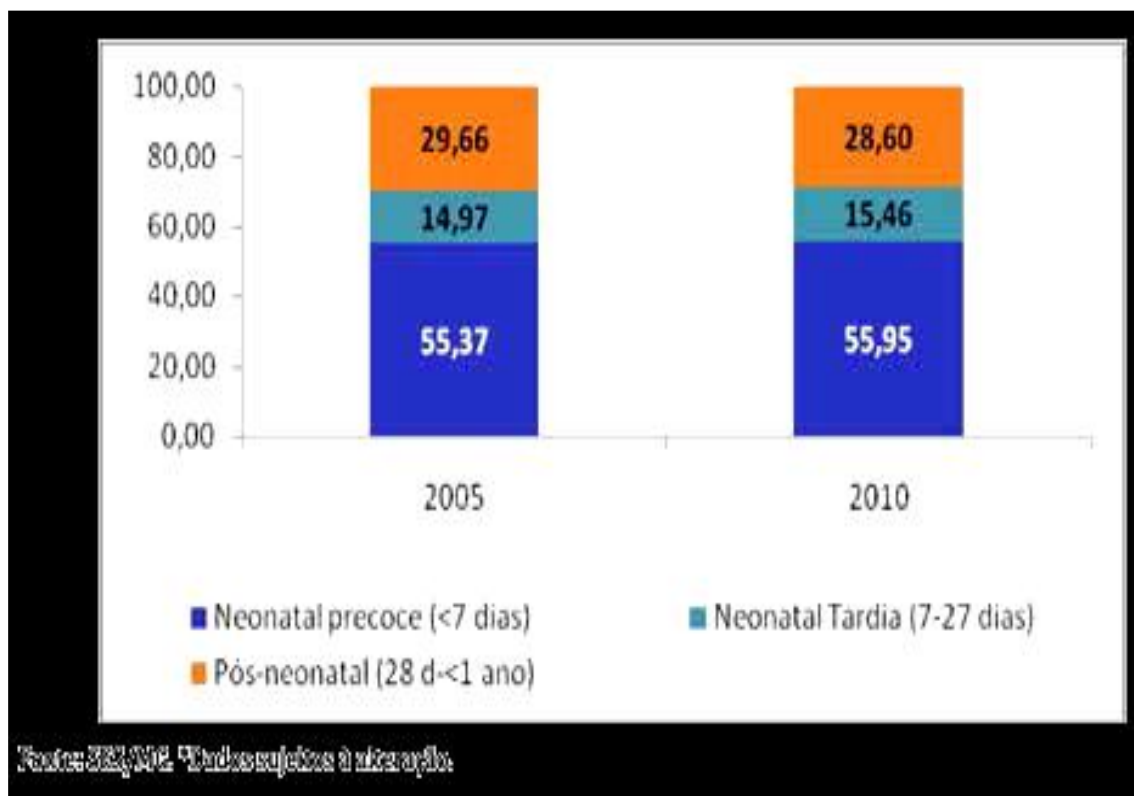
Portanto a TMI tem sido historicamente utilizada como um indicador para avaliar as condições de saúde e de vida de uma população e mais recentemente para avaliar o desempenho de um serviço de saúde voltado para qualidade da assistência à saúde de uma população. Altas taxas de mortalidade infantil ainda persistem principalmente nas regiões ampliadas de saúde mais pobres e refletem as diferenças socioeconômicas como: de renda, de acesso à água tratada e saneamento, de escolaridade, assim como o acesso a serviços qualificados de saúde. Ou seja, apesar do muito que já foi alcançado, diminuir o risco do óbito infantil continua a ser um enorme desafio (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 2012-2015).

3.3 FATORES ASSOCIADOS À SOBREVIDA DAS CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE VIDA

O Gráfico 01 apresentado abaixo permite compreender melhor a ocorrência da TMI no Estado de Minas Gerais. A TMI pode ser segregada por componentes: mortalidade neonatal

precoce, que ocorre nos primeiros sete dias de vida; mortalidade neonatal tardia, que se refere ao óbito ocorrido após o 7º até o 27º dia após o nascimento; e mortalidade pós-neonatal, que ocorre a partir do 28º dia até a criança completar um ano de idade (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 2012-2015).

GRÁFICO 01- Proporção dos componentes da taxa mortalidade infantil. Minas Gerais, 2005-2010



Fonte: PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2013-2015 - SES/MG

A mortalidade infantil está associada a importantes determinantes sociais, bem como as condições maternas durante a gravidez, parto e aos cuidados ao recém-nascido. O gráfico supracitado nos permite a ideia de que, nos últimos anos, as principais causas dos óbitos em crianças menores de um ano de vida passaram a ser por afecções perinatais, que dependem de fatores associados às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez e ao parto (LIMA, 2012).

Estas condições indicam que, mesmo com as melhorias no acesso aos serviços ofertados pelo SUS à população, ainda temos que avançar muito na qualidade da atenção à saúde da gestante, ao parto, ao puerpério, ao recém-nascido e à criança menor de um ano de vida. O aperfeiçoamento do atendimento e do fluxo de encaminhamento pelos serviços de saúde à mãe e ao recém-nascido desde a gestação, o parto, até o pós-parto são fatores determinantes na redução da mortalidade infantil.

Atualmente a política pública prioriza a mortalidade neonatal precoce e a mortalidade neonatal tardia, ou seja, desde a gestação da mãe até que a criança complete 28 dias de vida, haja vista, que os dois componentes juntos representam mais de 70% da mortalidade infantil até que a criança complete um ano de vida. Estima-se que mais de 60% desses óbitos sejam evitáveis (LIMA, 2012).

“é notório, com base na revisão de literatura especializada, que a sobrevivência dos recém-nascidos e suas condições de vida estão influenciadas por uma diversidade de fatores, inter-relacionadas entre si, como condições ambientais, sociais, genéticas e comportamentais, entre as quais se destacam os fatores maternos de reprodução, as condições do nascimento e as socioeconômicas. Outros fatores reconhecidamente relevantes da saúde materno-infantil são a qualidade da atenção ao parto, o tabagismo e as doenças maternas prévias ou durante o parto.” (LIMA, 2012, p.11).

Neste contexto das desigualdades entre diferentes regiões do Estado de Minas Gerais, sejam elas econômicas, culturais, estruturais ou ainda de acesso a serviço saúde de qualidade são fatores altamente determinantes, associados à sobrevida de crianças menores de um ano de vida. Do conjunto de fatores estudados que influenciam sobrevida infantil, destaca-se, como fator, que o serviço de saúde pode intervir com possibilidade de maior êxito em curto prazo, o número de consulta de pré-natal e ainda na integração dos serviços de saúde como uma rede articulada.

3.4 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DESTINADOS ÀS GESTANTES

A estrutura e a forma que se encontra organizado a rede assistencial às gestantes e aos recém-nascidos, no Brasil, são fatores importantes que contribuem para morbimortalidade materno e infantil.

Em uma rede de saúde fragmentada, desarticulada e desresponsabilizada, onde predomina a peregrinação de mulheres em busca de uma vaga hospitalar na hora do parto, a descontinuidade da assistência entre o pré-natal, o parto e o pós-parto podem ser determinantes do sucesso ou fracasso da proposta do cuidado da gestante e ao neonato e ainda reflexão sobre o envolvimento e a postura dos profissionais, dos gestores e dos serviços de saúde diante da demanda previsível de atenção ao parto está também neste determinante (LANSKY; FIGUEIREDO, 2012).

“A vinculação é uma diretriz que emerge da necessidade de superar a dificuldade de acesso da gestante em trabalho de parto à assistência, expressa em desumana peregrinação na busca de uma vaga hospitalar em um momento de grande vulnerabilidade. Diretriz que reforça ainda a responsabilidade continuada da atenção primária de saúde até o parto, banindo a prática da “alta do pré-natal”, atitude ainda frequente, mas inadmissível, quando se pensa que a necessidade de cuidado se mantém ou é até mesmo maior no final da gestação” (LANSKY; FIGUEIREDO, 2012).

No entanto, ainda é um desafio para gestores públicos e profissionais dos serviços de saúde superar a fragmentação e desarticulação entre os pontos de atenção à saúde das gestantes e dos recém-nascidos.

As estruturas e a forma de organização da assistência à gestante e ao recém-nascido é muito bem planejada na proposta do Programa Viva Vida do estado de Minas Gerais (Programa Viva Vida, 2006, 2ed) conforme figura 1 sobre a organização do programa, entretanto na prática são notórios os problemas relacionados ao acesso das gestantes e dos

recém-nascidos nos serviços de saúde, devido à fragilidade desta vinculação das gestantes e dos recém-nascidos em um serviço de qualidade que garanta, na sua totalidade, os recursos necessários para assistência.

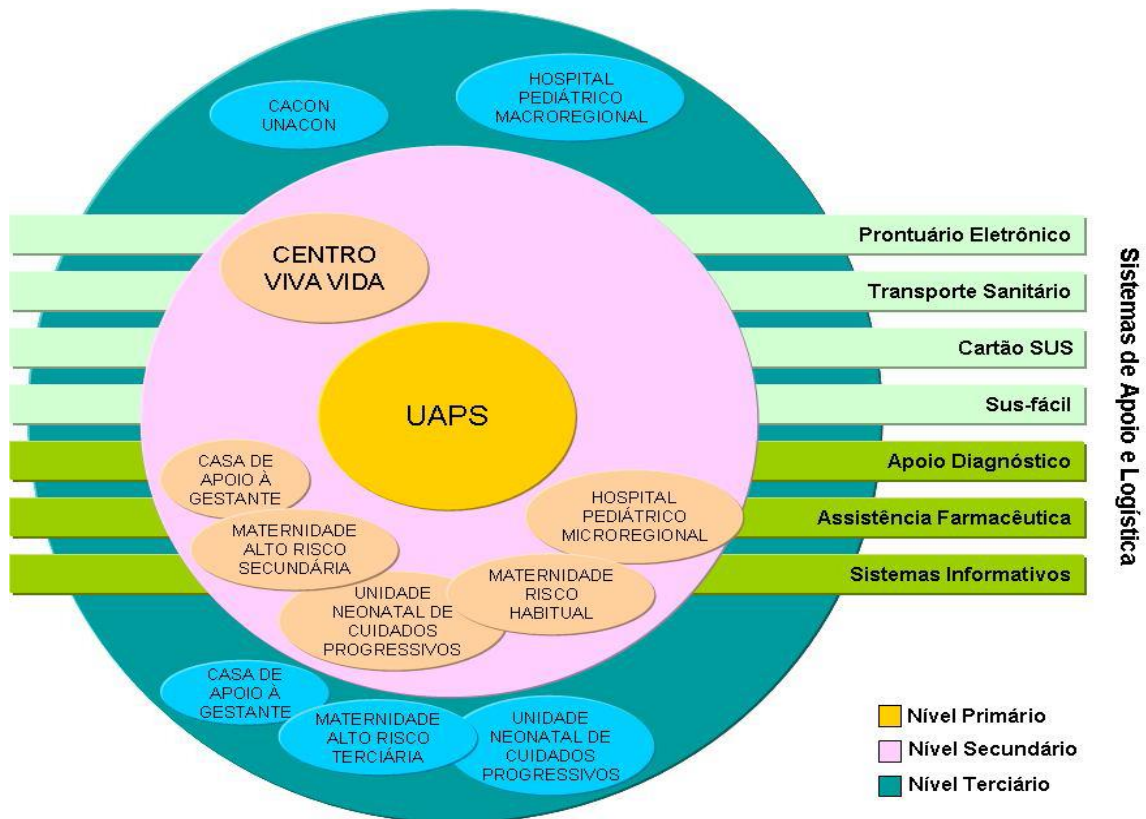


FIGURA 1 - Esquema de Organização da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde da Mulher, Minas Gerais, 2010.

Fonte: SES-MG/SAS/GRT/CASMCA, 2010.

Dessa forma, destaca-se a importância de se pensar ou até mesmo de pactuar novas ações que interfiram diretamente no processo de trabalho dos profissionais e pontos de atenção para que se diminua esta fragmentação da atenção à mulher desde pré-natal até que a criança complete um ano de vida.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde está planejada e seu sustentáculo de articulação e integração será feita pela atenção primária. A maturidade e a capacidade de envolvimento dos profissionais de saúde, gestores e pontos de atenção no processo de

tratamento do paciente serão o diferencial entre o sucesso e o fracasso. Com relação a essas redes articuladas e integradas a uma assistência de qualidade às gestantes e aos recém-nascidos está em conformidade com programas já pré-estabelecidos pelo governo de Minas Gerais como o programa Viva vida, o programa mãe de Minas e o Rede Cegonha do Governo Federal.

Esse acesso qualificado e integrado já vem sendo desenvolvido em algumas regiões do Estado através do programa Viva vida, entretanto a vivência, na realidade local, permite reconhecer que enfrentamos grandes dificuldades na sua execução, pois é frequente a falta de uma logística que assegure à gestante, no momento do parto, um local adequado para a sua realização, principalmente quando se trata de uma gestante de alto risco e muito alto risco.



Redes de Atenção à Saúde /Rede Viva Vida



Estrato de Risco Gestacional	Pré-Natal	Parto
Risco habitual	UBS	Maternidade de Risco Habitual
Risco médio	UBS	Maternidade de Risco Habitual
Alto risco	UBS + CVV	Maternidade de Alto Risco
Muito alto risco	UBS + CVV + Serviço de Medicina Fetal	Maternidade de Muito Risco

Fonte: Quadro 01 – Programa Viva Vida SES/MG

Nesses programas realizados é proposta a estratificação das gestantes em quatro tipos de risco, ou seja, risco habitual, risco médio, alto risco e muito alto risco. Dentro da estrutura programada das redes de atenção à saúde e da estratificação de risco gestacional do programa rede Viva vida é muito claro as atribuições de cada ponto de atenção, no entanto, na prática, as gestantes, no momento do parto, enfrentam uma peregrinação à procura de uma vaga em uma maternidade de alto risco e muito alto risco. Portanto a sincronia no sistema nos remete a uma reflexão e a um amadurecimento das obrigações de cada ponto de atenção desde a

atenção primária, passando pela atenção secundária até que chegue a atenção terciária, que por sua vez precisa da contra referência, seja ela atenção secundária ou atenção primária, para que gestantes e recém-nascidos não sofram nenhum prejuízo no tratamento (LANSKY; FIGUEIREDO, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

O método escolhido para elaboração deste projeto é a Pesquisa ação, pois ela nos permitirá investigar a própria prática, com a participação dos sujeitos que atuam na atenção à saúde da gestante e da criança, visando melhorar. Lippitt, em 1945, escreveu sobre a pesquisa-ação que “Não se trata de pesquisa- a- ser- seguida por- ação, ou pesquisa- em- ação, mas pesquisa como- ação” (COOKE, s.d., p. 7 *apud* TRIPP, 2005).

A pesquisa-ação é um tipo de investigação-ação, um processo de aprimoramento da prática pela alternância entre agir no campo da prática e investigar a respeito desta. A investigação-ação segue um ciclo de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação dos resultados para a melhora da prática. Consideramos que a pesquisa-ação é adequada ao objeto e aos objetivos deste projeto, pois ela utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática (TRIPP, 2005, p.447).

Este método induz a ação para mudança estratégica, baseada na compreensão obtida por meio da análise de informações de pesquisa, incluindo os participantes que estão envolvidos na prática em todas as fases com um modo de trabalhar colaborativo. A pesquisa-ação começa com um reconhecimento, uma análise situacional que permita ampla visão do contexto da prática e dos participantes envolvidos. A documentação do progresso da pesquisa pode ocorrer pela compilação de informações regularmente produzidas pela prática rotineira, por exemplo, atas de reuniões de equipes (TRIPP, 2005).

4.2 METODOLOGIA DE PLANEJAMENTO

Adotaremos o método do planejamento estratégico desenvolvido por Carlos Matus. Segundo o autor, planejar é como preparar-se para a ação. Matus ressalta que, diante de uma situação, existem diversos atores sociais com diferentes interesses, o que possibilita conflitos, sendo necessário raciocinar estrategicamente para que os objetivos sejam atingidos. Essa perspectiva deve ser considerada no processo de atenção à saúde da gestante e da criança (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O método do planejamento estratégico é desenvolvido em quatro momentos, que constituem uma dinâmica permanente e dialética: Momento explicativo no qual se busca conhecer a situação atual para identificar, priorizar e analisar seus problemas, considerando as explicações dos diversos atores; Momento normativo quando são formuladas propostas de soluções para o enfrentamento dos problemas priorizados no momento explicativo; Momento estratégico no qual se busca analisar e construir viabilidade para as propostas elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados; Momento tático-operacional quando o plano é executado, monitorado e avaliado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

A busca por atendimento das gestantes de alto Risco na maternidade de risco habitual do Hospital São José da SSVP, de Ituiutaba – Minas Gerais, que deveriam estar sendo encaminhadas para macrorregião de Uberlândia Minas Gerais, demonstra a ineficiência dos processos administrativos e assistenciais de encaminhamento da gestante de alto risco para um centro especializado de atenção à gestante. A falta de vinculação destas gestantes revela ainda a fragmentação da rede e a fragilidade na comunicação dos pontos de atenção de saúde da mulher, causando assim a peregrinação dessas gestantes em hospitais que não oferecem as condições de segurança necessárias para realização do parto de alto risco.

A estrutura precária e o modelo de atenção não humanizada ao parto e nascimento do Hospital São José da SSVP para essas eventualidades são fatores que impactam negativamente na qualidade e na segurança da assistência à gestante de alto risco, repercutindo, principalmente, na Taxa de Mortalidade Infantil da Instituição.

Esta situação demonstra ainda que as estratégias adotadas pelos governos Municipal, Estadual e Federal não resultaram em ações efetivas para redução desses problemas mostrando mais uma vez a fragilidade dos serviços de saúde frente à assistência da gestante de alto risco no momento mais importante da família, quando do nascimento de um filho (a).

Diante desta problemática, o aumento dos custos hospitalares, o estresse dos profissionais, o risco à vida da mãe e do recém-nascido, o desperdício de recursos são fatores determinantes na insatisfação das gestantes, familiares, profissionais, gestores e comunidade em geral. A intervenção proposta por este projeto é a criação de equipe multiprofissional de educação permanente com o objetivo de elaborar ou adaptar e implantar um fluxo de encaminhamento às gestantes de alto risco adequado à realidade da microrregião de Ituiutaba - Minas Gerais.

5 PLANO DE AÇÃO E INTERVENÇÃO

5.1 RESULTADOS ESPERADOS EM RELAÇÃO AOS DADOS COLETADOS

- Garantir a referência e a contra referência para a gestante de risco habitual, risco médio, alto risco e muito alto risco;
- Promover a integração entre equipes das unidades básicas de saúde e hospital;
- Garantir a continuidade do cuidado às gestantes e às crianças;
- Qualificar e melhorar a qualidade da assistência de saúde à gestante e ao recém-nascido.

5.2 COMPROMISSOS E METAS A PACTUAR

- Elaboração de um fluxograma para atendimento da gestante de risco habitual; médio risco, alto risco e muito alto risco adequado à realidade da microrregião de Ituiutaba para propiciar a continuidade do cuidado;
- Criação de uma equipe de educação permanente e realização de atividades periódicas de educação permanente.

5.3 OPERACIONALIZAÇÕES DO PLANO DE AÇÃO E INTERVENÇÃO

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção e do plano de ação (APÊNDICE A) baseou-se em pesquisa bibliográfica e diagnóstico situacional, realizado por meio de entrevistas e coletas de dados documentais no hospital e nas Unidades Básicas de Saúde / Equipes de Saúde da Família (ESF) no Município de Ituiutaba, Superintendência Regional de Saúde de Ituiutaba. Foi realizada uma oficina com os envolvidos na assistência da gestante de

alto risco, com intuito de instigar e sensibilizar os profissionais para identificação dos nós críticos a serem enfrentados, para a elaboração do diagnóstico situacional. A partir disso, serão propostas ações para enfrentamento dos nós críticos. Dentre essas ações estão a discussão sobre o fluxo da gestante de alto risco e a elaboração ou adaptação de um fluxograma de encaminhamento a ser realizada em uma segunda oficina. O plano de ação e o fluxograma serão implantados posteriormente por uma equipe de trabalho de educação permanente com os envolvidos no processo de atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, sendo realizada pactuação e capacitação com os profissionais das unidades básicas de saúde que realizam pré-natal das gestantes de alto risco e equipe multiprofissional do hospital. Além disso, será realizada campanha com as gestantes do município para conscientizá-las desses fluxos, utilizando uma cartilha adaptada para a realidade local (ANEXO B).

5.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Realizar visitas in loco das unidades de saúde (hospital e unidades básicas de saúde / ESF) com o objetivo de apresentar proposta ao diretor e equipes de saúde;
- Mobilizar profissionais de saúde das unidades de saúde e hospital, para participação da oficina trabalho;
- Realizar diagnóstico situacional, através da coleta de dados na GRS (Gerência Regional de Saúde de Ituiutaba) e de oficina de trabalho, com as equipes das unidades de saúde e hospital;
- Criar equipe de educação permanente na primeira oficina em conjunto com os envolvidos na atenção à saúde da gestante;
- Elaborar e pactuar o plano de ação com responsáveis e prazos pelo desenvolvimento desse plano na segunda oficina de trabalho;

- Pactuar indicadores e responsáveis pelo monitoramento e avaliação.

5.5 METAS

- Elaborar ou adaptar fluxograma de encaminhamento da gestante para propiciar a continuidade do cuidado;
- Criar equipe de educação permanente para realizar atividades periódicas.

5.6 ESTRATÉGIAS

- Monitorar quantidade de gestantes de alto risco, em relação ao total de gestantes, atendidas nos serviços do município;
- Desenvolver instrumentos para continuidade informacional entre as unidades de saúde e hospital;
- Implantar alta responsável, que garanta continuidade da atenção à gestante e ao recém-nascido;
- Realizar atividades periódicas de educação permanente.

5.7 MONITORAMENTO

5.7.1 Indicadores de Estrutura

- % da população coberta pelo PSF;
- Número de Ginecologistas/Obstetra na Rede Atenção Primária;
- Número de Pediatras na Rede Atenção Primária.

5.7.2 Indicadores de Processo

- Número de atividades de educação permanente por mês;
- Número de gestante de alto risco acompanhada pela UBS;
- Número de gestante de alto risco encaminhada para serviço especializado;
- Número de gestante no Município.

5.7.3 Indicadores de Resultado

- Taxa de atendimento de gestante de alto risco e muito alto risco;
- Taxa de mortalidade infantil;
- Taxa de mortalidade materna;
- Taxa de transferência de prematuros.

6 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG 2011) dividiu o Estado de Minas Gerais em 13 Macrorregiões e 77 Microrregiões. A Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte é constituída em sua área de abrangência por 27 municípios (PDR/MG 2013) totalizando 1.200.794 habitantes (IBGE 2012) representando 6% da população de Minas Gerais, agrupados em 03 Regiões de Saúde. São elas: Uberlândia/Araguari, Patrocínio/Monte Carmelo e Ituiutaba, sendo os municípios de Uberlândia, Patrocínio e Ituiutaba definidos como polo da região de saúde. Cada Região de Saúde possui um município polo, descritos no mapa a seguir:



FIGURA 02 – Macrorregiões do Estado de Minas Gerais.

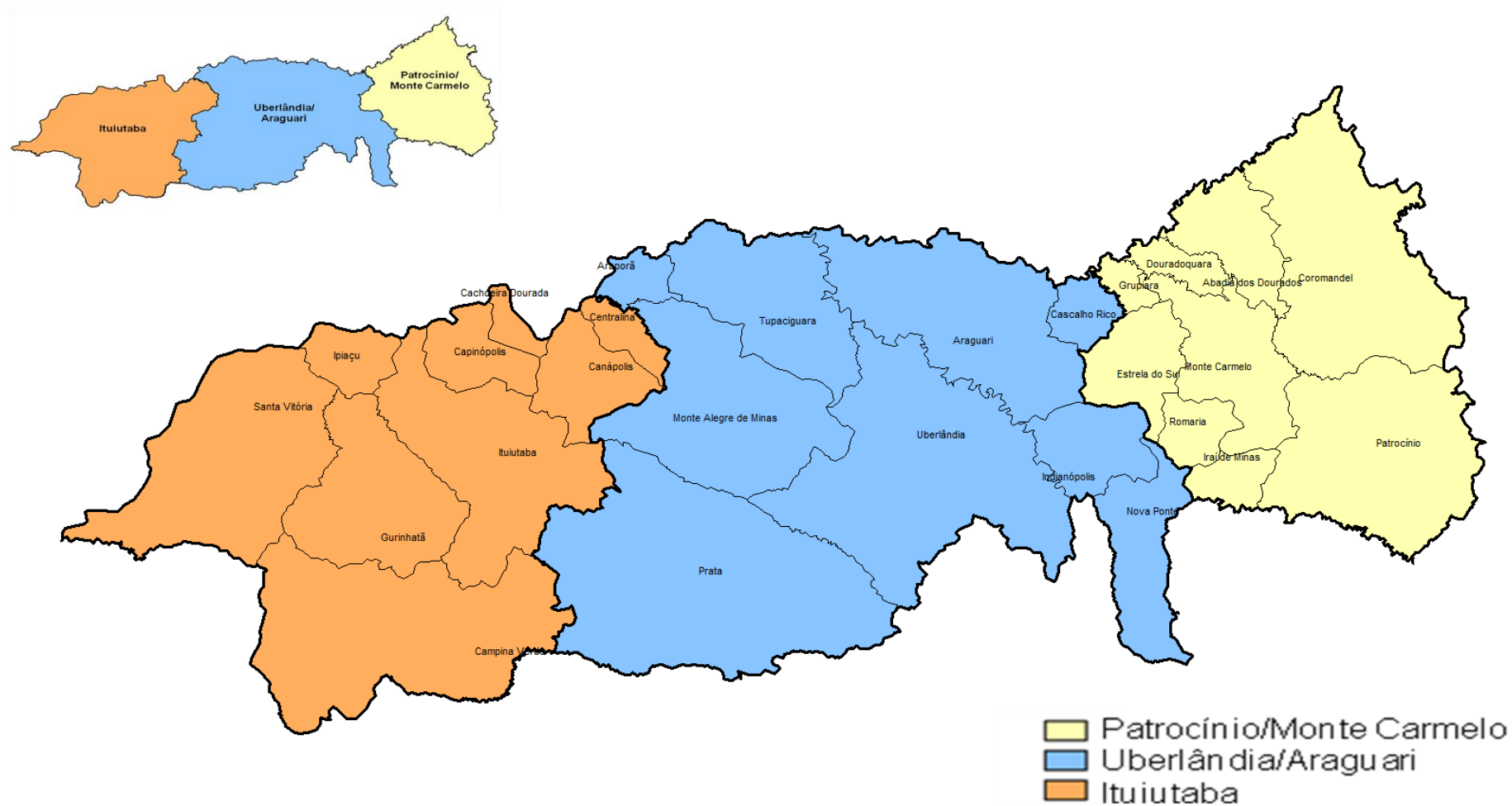


FIGURA 03 – Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte e suas Regiões de Saúde, Minas Gerais.

MICRORREGIÃO ITUIUTABA



FIGURA 04 – Municípios da microrregião de Ituiutaba, Minas Gerais

No quadro abaixo, apresentamos a relação dos municípios da Macrorregião do Triângulo do Norte com suas respectivas populações segundo censo IBGE – 2012 e quantitativo de nascidos vivos conforme dados do SINASC – 2012.

QUADRO 02 – Relação de Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.

Região de Saúde	Municípios Sede	Municípios	População (IBGE, 2012)	Nascidos Vivos (SINASC 2012)
Uberlândia/ Araguari	Araguari e Uberlândia	Araguari	110.983	1.425
		Araporã	6.271	96
		Cascalho Rico	2.893	23
		Indianópolis	6.312	66
		Monte Alegre de Minas	19.863	240
		Nova Ponte	13.314	174
		Prata	26.139	325
		Tupaciguara	24.350	178
		Uberlândia	619.536	8.825
Patrocínio/ Monte Carmelo	Monte Carmelo e Patrocínio	Abadia dos Dourados	6.743	68
		Coromandel	27.562	283
		Douradoquara	1.850	16
		Estrela do Sul	7.532	92
		Grupiara	1.373	11
		Iraí de Minas	6.553	94
		Monte Carmelo	46.055	597
		Patrocínio	83.882	1.186
		Romaria	3.575	38
Ituiutaba	Ituiutaba	Cachoeira Dourada	2.536	26
		Campina Verde	19.358	194
		Canápolis	11.476	128
		Capinópolis	15.424	164
		Centralina	10.271	19
		Gurinhata	6.025	39
		Ipiacu	4.120	41
		Ituiutaba	98.392	1.230
		Santa Vitória	18.406	252

Fonte – PDR-MG/2011.

Conforme PDR/MG (2011) e quadro acima o Município de Ituiutaba é polo de microrregião para uma população de 186.008 habitantes, representando 15,49% da população da Macrorregião do Triângulo Norte, sendo que o Hospital São José da SSVF é o único hospital contratado pelo Sistema Único de Saúde, na cidade, para atender a demanda

apresentada, com apenas quatorze (14) leitos de maternidade na atenção secundária, segundo a lógica da Rede Viva Vida.

As microrregiões e macrorregiões constituem os territórios sanitários onde a rede integrada de assistência à saúde deve ser constituída, promovendo resolutividade para os níveis de atenção secundária e terciária, respectivamente nesses territórios, segundo a proposta do PDR. A atenção à saúde da mulher e da criança a Rede Viva Vida foi constituída nesta lógica da territorialização com objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil em Minas Gerais.

QUADRO 03 – Lógica para constituição da Rede Viva Vida

Nível de Atenção	Pontos de Atenção à saúde	Território Sanitário		
Atenção Terciária à Saúde	Maternidade de alto Risco terciária	Casa da Gestante	Unidade de Internação Pediátrica de Nível Terciário	Macrorregião
Atenção Secundária à Saúde	Maternidade de Alto Risco Secundária	Centro Viva Vida	Unidade de Internação Pediátrica	Microrregião
	Maternidade de Risco Habitual	Município		
Atenção Primária à Saúde	Parteira Tradicional	Município		
	Unidade Básica /Equipe ESF	Área de abrangência		
	Agente Comunitário de Saúde	Micro-área		

Fonte: Manual do Plano Diretor da Atenção Primária /SES-MG

Dentro da lógica de constituição da Rede Viva Vida acima, o HSJ/SSVP está credenciado a atender como maternidade de Risco habitual, na atenção secundária, sendo que não possuímos Centro Viva Vida na nossa microrregião e ainda nossas gestantes de alto risco são

encaminhadas para a cidade de Uberlândia para fazerem os acompanhamentos no pré-natal. Observa-se ainda que as UBS e os ESF não acompanham estas gestantes durante o pré-natal.

QUADRO 04 – Pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares que devem ser referência para o pré-natal e o parto nos diversos estratos de risco da gestação

Estrato de Risco Gestacional	Pré-Natal	Parto
Risco Habitual	Unidade básica de saúde	Maternidade de Risco Habitual
Risco Médio	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual
Alto Risco	Unidade Básica de Saúde + Centro de Referência em Atenção Secundária/Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Maternidade de Alto Risco
Muito Alto Risco	Unidade Básica de Saúde + Centro de Referência em Atenção Secundária/Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco + Serviço de Medicina Fetal	Maternidade de Muito Alto Risco

Fonte: Manual do Plano Diretor da Atenção Primária /SES-MG

Dentro do estrato de risco, a lógica de assistência às gestantes de alto risco deveriam ser feitas em maternidades de alto risco ou muito alto risco, entretanto na nossa microrregião, quando ocorre qualquer intercorrência com a gestante de alto risco durante o pré-natal, ela encontra apenas a maternidade do HSJ/SSVP para ser atendida.

Observando o quadro 05 abaixo, duas (02) ações estruturantes chamam a atenção, com referência ao percentual de gestantes com menos de seis (6) consultas no pré-natal e com referência à cobertura das ESF na atenção primária não passando de 55% da população atendida, estes dois componentes mostram uma rede de atenção à gestante e à criança, fragmentada e desarticulada que pode estar contribuindo para que as gestantes de alto risco fiquem sem a devida assistência durante o pré-natal e ao recém-nascido depois da alta hospitalar. Assim sendo as consequências desta fragmentação e desarticulações interferem

diretamente na assistência das gestantes atendidas pelo HSJ/SSVP, pois ele não está preparado para atender as gestantes de alto risco que acabam indo procurar assistência no hospital por não encontrar outra porta de entrada que esteja preparada para seu atendimento.

QUADRO 05 – Indicadores Relacionados à atenção à saúde de cada município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte

Região de Saúde	Municípios	N. nascidos vivos (2012)	% nascidos vivos com 7 ou + consultas de pré-natal (2012)	% Cesária (2012)	% cobertura PSF (2012)
Uberlândia/ Araguari	Araguari	1.425	76	74	102
	Araporã	96	64	88	53
	Cascalho Rico	23	87	87	101
	Indianópolis	66	88	76	56
	Monte Alegre de Minas	240	82	69	88
	Nova Ponte	174	93	72	81
	Prata	325	82	89	40
	Tupaciguara	178	58	78	71
	Uberlândia	8.825	84	82	26
Patrocínio/ Monte Carmelo	Abadia dos Dourados	68	76	66	100
	Coromandel	283	78	90	63
	Douradoquara	16	75	50	100
	Estrela do Sul	92	75	70	100
	Grupiara	11	100	73	93
	Iraí de Minas	94	51	65	101
	Monte Carmelo	597	76	72	75
	Patrocínio	1.186	79	61	33
	Romaria	38	84	76	96
Ituiutaba	Cachoeira Dourada	26	80,76%	80,76%	100
	Campina Verde	194	91,75%	96,39%	89
	Canápolis	128	88,28%	73,43%	100
	Capinópolis	164	85,36%	79,26%	95
	Centralina	19	47,36%	68,42%	88
	Gurinhata	39	53,84%	76,92%	99
	Ipiaçu	41	70,73%	82,92%	73
	Ituiutaba	1.230	60,89%	82,35%	54
Santa Vitória	252	73,41%	93,25%	84	

Fonte: GRS Ituiutaba-MG -200.198.43.8 – SES/MG

Os números de nascidos vivos na microrregião de Ituiutaba mostram que o percentual de gestantes de alto risco em relação à quantidade de gestantes de risco habitual é proporcionalmente aceitável, entretanto mostram mais uma vez a fragilidade e a fragmentação da rede assistencial, pois o sistema não consegue sequer vincular ou assegurar uma assistência de qualidade a um número bastante reduzido de gestantes de alto risco que não passam de 2 % das gestantes existentes em nossa região, conforme quadro 6 e 7 a seguir:

QUADRO 06 – Dados da Microrregião de Ituiutaba-MG

Região de Saúde	Municípios	Nº. De Mulheres em (2010)	Nº. De Mulheres em Idade Fértil (2010)	Nº. De Gestantes em 2014	N. nascidos vivos (2014)
Ituiutaba	Cachoeira Dourada	1251	797	102	22
	Campina Verde	9520	5762	368	143
	Canápolis	5381	3482	528	85
	Capinópolis	7466	4643	711	114
	Centralina	5015	3079	300	71
	Gurinhata	2900	1715	195	27
	Ipiáçu	2011	1232	151	24
	Ituiutaba	49309	30333	1384	995
	Santa Vitória	8730	5439	794	189
	Total	91583	56482	4533	1670

Fonte: GRS Ituiutaba-MG -200.198.43.8 – SES/MG

QUADRO 07 – Dados da Microrregião de Ituiutaba-MG – Relação de Gestantes de Alto Risco X Gestante de Risco habitual

Região de Saúde	Municípios	Nº. De Gestantes em (2014)	Nº Gestantes de Alto Risco em (2014)	% Gestantes de Alto Risco em (2014)
Ituiutaba	Cachoeira Dourada	102	1	0,98%
	Campina Verde	368	3	0,81%
	Canápolis	528	6	1.13%

	Capinópolis	711	18	2,53%
	Centralina	300	1	0,33%
	Gurinhata	195	9	4,61%
	Ipiacu	151	3	1,98%
	Ituiutaba	1384	21	1,51%
	Santa Vitória	794	1	0,12%
	Total	4533	63	1,38%

Fonte: GRS Ituiutaba-MG -200.198.43.8 – SES/MG

QUADRO 08 – Gestantes de Alto Risco atendidas pelo HSJ e transferidas para maternidade de alto Risco em 2014

Região de Saúde	Municípios	Nº. Gestantes Alto Risco na PPI	Nº Gestantes de Alto Risco em (2014)	Gestantes Transferidas	%
Ituiutaba	Cachoeira Dourada	1	1	0	0
	Campina Verde	8	3	0	0
	Canápolis	5	6	0	0
	Capinópolis	6	18	04	22,22%
	Centralina	4	1	0	0
	Gurinhata	2	9	0	0
	Ipiacu	2	3	0	0
	Ituiutaba	38	21	24	114,28%
	Santa Vitória	6	1	0	0
	Total	72	63	28	44,44%

Fonte: HSJ/ SSVP

A falta de vinculação e de um ponto de atenção adequado que atenda às gestantes de alto risco faz com que elas fiquem perambulando em busca de uma atenção especializada e finalmente acabem batendo na porta do HSJ/SSVP para serem atendidas. Esta realidade fica confirmada conforme dados do QUADRO 08 acima. Assim sendo, a assistência fica

prejudicada muitas vezes, perdem-se vidas, pelo fato do hospital não estar preparado tecnologicamente e com recursos humanos muitas vezes tecnicamente desfavorável para tal situação.

Apesar da taxa de mortalidade infantil se mostrar uma das mais baixas do Estado de Minas Gerais, na microrregião de Ituiutaba, conforme QUADRO 09 abaixo, ainda temos diferenças inaceitáveis de uma cidade para outra. Dessa forma, os dados revelam que é possível reduzir ainda mais a TMI em nossa microrregião.

QUADRO 09 – Óbitos Infantis referentes ao período de 2012 a 2014.

MUNICÍPIO	NASCIDOS VIVOS	OBITOS	TAXA (COEFICIENTE DE MI)X1.000
Cachoeira dourada	86	0	0
Campina verde	537	4	7,44
Canápolis	355	2	5.63
Capinópolis	449	4	8,90
Centralina	222	1	4.50
Gurinhata	109	1	10.86
Ipiáçu	92	0	0
Ituiutaba	3.438	35	10.18
Santa Vitória	696	10	14.36
TOTAL	5.984	57	9.52

Fonte: GRS Ituiutaba-MG -200.198.43.8 – SES/MG

Considerações Finais

Segundo a lógica de assistência à gestante de alto risco, a microrregião de Ituiutaba está muito distante do planejado, pois na cidade polo da microrregião de Ituiutaba, não conseguimos garantir as sete (7) consultas às gestantes e ainda a cobertura na atenção primária não passa de 50% da população, vivenciamos uma rede de atenção fragilizada e desarticulada, em que a gestante de alto risco não é adequadamente acompanhada pelas ESF ou UBS e ficam perambulando pelos pontos de atenção em busca de atendimento no momento mais delicado do ciclo gestacional. O impacto negativo na qualidade do atendimento à gestante de alto risco em uma rede fragmentada é inevitável. Ações preventivas que não resultaram em medidas efetivas para redução desses problemas causam aumento dos custos hospitalares, geram estresse nos profissionais de saúde, colocam em risco a vida do recém-nascido e da mãe, ocasionam desperdício de recursos e ainda insatisfação das gestantes, familiares, profissionais e comunidade em geral.

Assim sendo, dentro do ciclo gestacional, as ações propostas neste projeto de intervenção visam constituir a linha de atenção às gestantes e crianças até um ano de vida promovendo a integralidade do cuidado nos diversos pontos de atenção que constituem esta rede, entretanto há necessidade de rever o acesso à gestante de alto risco, pois a distância da macrorregião de Uberlândia para atendimentos deste grupo da população podem estar ocasionando dificuldades quando a gestante tem alguma intercorrência durante a sua gestação, portanto a criação de um Centro Viva Vida na microrregião se faz necessário dentro deste contexto. A equipe de atenção básica deve continuar acompanhando a gestante de alto risco, de modo que se mantenha o vínculo e possa se prestar um cuidado integral à gestante e sua família. O hospital deverá continuar a melhoria dos recursos humanos e equipamentos na área de materno e infantil, para quando de uma intercorrência na gestação de alto risco esteja

devidamente preparado para esta situação, pois esta realidade sempre existirá diante da complexidade da gestação de alto risco e ainda fazer a alta responsabilizada da gestante e do recém-nascido, encaminhando- os para o serviço de atenção primária, e assim sendo, impactar numa mudança da cultura em nossa região que possibilite à mulher e à família vivenciar a experiência do parto e do nascimento como um momento de extrema beleza e de forma segura.

8 ORÇAMENTO

O projeto contou com apoio financeiro do Hospital São José da SSVP de Ituiutaba – Minas Gerais.

9 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Wanessa da Silva de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 1, Feb. 2012 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 109-132.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.114p.

LIMA, Raquel Barbosa de. Análise de fatores associados a sobrevivência de crianças menores de um ano de idade nascidas em 2009 no Brasil. Dissertação. Brasília, Apres. 2012.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, Apr. 2011.

SANTOS, Hellen Geremias dos et al. Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde. *Pediatria (São Paulo)*, v. 32. n. 2, p. 131-43, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

SOARES, Vânia Muniz Néquer et al . Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 12, Dec. 2012 .

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ. Pesqui.*, São Paulo , v. 31, n. 3, p. 443-466, Dec. 2005.

10 APÊNDICE A - PLANO DE AÇÃO

Tabela 1. Planos de ação do projeto de intervenção						
O quê?	Quem?	Onde?	Quando?	Por quê?	Como?	Quanto custa?
Que ação será executada?	Quem irá executar/participar da ação?	Onde será executada a ação?	Quando a ação será executada?	Por que a ação será executada?	Como será executada a ação?	Quanto custa para executar a ação?
Realizar Oficina de Trabalho.	Hospital São José, UBS, ESF, GRS, Conselho Municipal de Saúde, CRAS, SMS/Ituiutaba.	Sala de reuniões do Hospital São José da SSVP de Ituiutaba.	No dia 26/11/2014 das 8:30 às 12:00hs.	Fazer diagnóstico situacional, levantar os nós críticos e propor ações que tragam melhorias na qualidade da assistência a gestantes e ao recém-nascido, e ainda Criar uma equipe de educação permanente para fazer o acompanhamento das ações.	Através de uma Oficina de Trabalho.	Já previsto nas despesas de custeio de rotina.
Integrar e responsabilizar Equipe Multiprofissional da Rede de Atenção Materno/Infantil.	Hospital São José, UBS, PSF, GRS, Conselho Municipal de Saúde, CRAS, SMS/Ituiutaba.	Sala de reuniões do Hospital São José da SSVP de Ituiutaba.	No dia 27/01/2015 9:00 às 11:00hs.	Conscientização dos envolvidos quanto a importância da integração entre os pontos de atenção a Saúde Materno/Infantil e a multiplicação das ações a serem executadas segundo o plano de ação com todos os colaboradores envolvidos na assistência a Gestante e a Criança.	Através de uma Oficina de Trabalho.	Já previstos nas despesas de custeios de rotina.
Criar ou adequar um Fluxograma de Encaminhamento da Gestante de Alto Risco	Hospital São José, UBS, PSF, GRS, Conselho Municipal de Saúde, CRAS, SMS/Ituiutaba.	Sala de reuniões do Hospital São José da SSVP de Ituiutaba.	No dia 03/03/2015 9:00 às 12:00hs.	Garantir e vincular a Gestante a uma Maternidade conforme a necessidade e ao risco da gestação.	Através de uma Oficina de Trabalho.	Já previstos nas despesas de custeio de rotina.
Identificar a	UBS, PSF	Regularmente pelas UBS e	Durante as	Para que as Gestantes de	Através de um	Já previstos nas

Gestante de Alto Risco		PSF.	Consultas de Pré-Natal realizadas regularmente pelas UBS e PSF.	Alto Risco sejam identificadas imediatamente por qualquer profissional de saúde através do cartão do pré-natal e ainda para que sejam melhor acompanhadas.	selo na cor vermelha, no cartão do pré-natal da gestante.	despesas de custeio de rotina.
Criação de Protocolos Clínicos de Atendimento da Gestante de Alto Risco.	UBS, PSF	UBS	No dia 02/03/2015	Para que os profissionais de saúde tenham um procedimento padrão na assistência a gestante de alto risco, evitando assim custos desnecessários.	Dr ^a . Alice ficará responsável em criar os protocolos em implantar os mesmos na UBS e PSF.	Já previstos nas despesas de custeio de rotina.
Realizar Educação Permanente.	Hospital São José, UBS, PSF, GRS, Conselho Municipal de Saúde, CRAS, SMS/Ituiutaba.	Na sala de reunião do Hospital São José, UBS, PSF.	Toda Última segunda-feira do mês.	Para integrar e conscientizar os profissionais de saúde envolvidos na assistência a Gestante e a criança, além de multiplicar as mudanças as ações a serem realizadas.	Através de atividades de Educação Permanente a serem realizadas pela equipe multiprofissional uma vez por mês com os profissionais nos pontos de atenção a gestante e a criança.	Já previstos nas despesas de custeio de rotina.
Criar uma comissão de Acompanhamento das Gestantes de Alto Risco	Hospital São José, UBS, PSF, GRS, Conselho Municipal de Saúde, CRAS, SMS/Ituiutaba.	Na sala de reunião do Hospital São José, UBS, PSF.	03/03/2015	Esta comissão reunirá trimestramente para avaliação das ações proposta por este plano de trabalho.	Reunião especificamente para avaliação das ações desenvolvidas.	Já previstos nas despesas de custeio de rotina.
Adequar Cartilha da Gestante conforme realidade da região.	Secretaria Municipal de Saúde de Ituiutaba	Na Rede de Atenção Primária	01/05/2015	Para melhor informar e conscientizar as gestantes da necessidade de um acompanhamento de qualidade durante o período de gestação.	Reunião mensalmente realizada pelos CRAS, UBS e PSF.	Elaboração de 10.000 Cartilhas x R\$5,00 cada totalizando um investimento de R\$50.000,00, orçamento da SMS/FMS

Fonte: Própria

11 ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA TRABALHO DE PESQUISA



Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo

“Qualidade e competência a serviço da vida”

Ituiutaba-MG., 06 de Outubro de 2014.

À Sa.

Sônia Maria Clemente Correa do Carmo

DD. Secretária de Saúde de Ituiutaba – Minas Gerais

Nesta.

**REFERENTE AUTORIZAÇÃO PARA TRABALHO DE PESQUISA
NAS UNIDADES DE SAÚDE MATERNO E INFANTIL.**

Prezada Senhora,

Pela presente, peço autorização para realização de trabalho de pesquisa – ação nas unidades de Saúde – Materno e Infantil, junto aos colaboradores do Município.

Informo que a pesquisa a ser realizada trata-se da área de Materno e Infantil e como Trabalho de Conclusão de Curso em “Pós Graduação em Gestão Hospitalar” realizado pela ESP/MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e Pro-Hosp/MG.

Informo ainda que a pesquisa se dará por meio de uma oficina de trabalho, a ser marcada conforme disponibilidades dos colaboradores das unidades de saúde, nas dependências do Hospital São José da SSVp.

Sendo só para momento, agradeço a atenção dispensada.

Atenciosamente.

Nivaldo dos Santos

Diretor de RH/HSJ

Nivaldo dos Santos
Diretor - RH
HOSP. SÃO JOSÉ DA SSVp

Sônia M^ª C. Correa do Carmo
Secretária Municipal de Saúde
CPF 766.126.436-68

Autorizo 07/10/2014

Avenida Três nº 196 - Centro - Ituiutaba-Mg - CEP 38.300-160 - Fone: (34)3271-7200

<http://www.hospitalsaojose.org.br> - email: hsj.ssvp@gmail.com



Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo
"Qualidade e competência a serviço da vida"

EDUCAÇÃO PERMANENTE

TEMA: Diagnóstico Situacional do fluxograma de encaminhamento da Gestante de Alto Risco no Município de Ituiutaba.

RESPONSÁVEL: Nivaldo dos Santos

FUNÇÃO/FORMAÇÃO: Diretor de RH-HSJ/Administrador

DATA: 26 - 11 - 2014

HORÁRIO: 08:30

SETOR: Maternidade do HSJ, PSF, Centro Saúde da Mulher, Unidade Mista de Saúde I, Unidade de saúde Mista II, Conselho Municipal de saúde, DST/AIDS e Diretoria do HSJ.

Tema abordado: "Área materna e infantil" - A gestão dos Fluxos de encaminhamento das gestantes de alto risco na micro região de Ituiutaba - MG. Palestrante: Sr. Nivaldo dos Santos. Fomentado à mortalidade infantil e materna, desenvolvimento gestacional e pré-natal, diagnóstico situacional, discussão de casos, Fomentado à importância da formação de uma Rede de atenção voltada para gestante e neonato e criança, para diminuir o risco de parto/mortalidade. Fui discutido as ações, definidas as seguintes:

- 1) Criação de equipe multiprofissional da rede de atenção materna/infantil.
- 2) Construir um plano de ação.
- 3) Criar um fluxograma para Gestante de Alto Risco.
- 4) Identificação no pré-natal e Cotejo Pré-natal pl Gestante Alto Risco.
- 5) Criação de protocolos clínicos para atendimento da Gestante Alto Risco.
- 6) (Análise) diagn. Criação de comissão de acompanhamento das Gestantes de Alto Risco.

Nada mais a tratar, a reunião foi encerrada às _____ horas. Eu Walter Francisco Belizario Neto lavrei a presente ata, assinada pelos presentes.

Assinaturas por extenso:

Walter Francisco Belizario Neto
Jacqueline C C da Silva
Alcega Bertelli
Quintina Dantas
Andrya nequena
Jana Paula M. Nunes
Clemson de Oliveira
HERMES MIRANDA
Marceline Cortez Drummond

Dilvanir Daniel de Almeida
Cláudia Pereira de S. Jacobi
Emiliana Borges dos Santos
Norma Fumagalli Macedo
Equívio Cantares, Sr. Ocivania
Madona Borges Marques
Keila Cristina Gomes Ferreira
Walter F. Neto

12 ANEXO B – CARTILHA PARA GESTANTE



BH pelo Parto Normal

Ajude a nascer esta idéia

Cuidados para mãe e filho desde o pré-natal para uma gravidez, parto e nascimento saudáveis.

Nome: _____ Nº SISPRENATAL: _____

SUS   **PREFEITURA
BELO HORIZONTE**
www.pbh.gov.br

SAÚDE DE MÃE PARA FILHO!



Esta é sua caderneta do pré-natal. Nela serão anotadas todas as informações importantes sobre a sua gravidez. Certifique-se de que ela está sendo preenchida em todas as consultas.

Você vai encontrar também algumas orientações importantes sobre a sua gestação, parto, pós-parto, seus direitos e cuidados com o bebê.

Por isso, ela deve estar sempre com você. Não se esqueça de levá-la principalmente nas consultas de pré-natal e para a maternidade.

IDENTIFICAÇÃO

Nome : _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

Escolaridade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Estado civil: _____

Em caso de emergência avisar: _____ Telefone: _____

Alergia a: _____ Medicamento(s) que utiliza: _____

Local de realização do Pré-natal: _____

Telefone do Centro de Saúde: _____ Equipe PSF: _____

Número do SISPRENATAL: _____

Maternidade para o parto: _____

DUM: _____ DPP (40 semanas): _____ 42 semanas: _____

Risco gestacional: Sim Qual _____

Não

SUMÁRIO

Agendamento do pré-natal.....	3
Cartão de pré-natal	4
Gráfico de acompanhamento nutricional das gestantes	7
Gráfico da curva de altura uterina	8
Por que devo fazer o pré-natal?	9
Quais exames devem ser feitos?	10
Quais vacinas devo tomar?	10
Saúde bucal	10
Alimentação saudável na gestação.....	11
Informe-se e exija seus direitos	11
Fique atenta com cuidados pessoais	12
O parto normal é o mais seguro	13
Vantagens do parto normal em relação à cesariana	13
A operação cesariana	13
Mitos e verdades sobre o parto normal	14
Dez passos para o sucesso do parto normal.....	15
Plano de parto	16
Amamentação	18
Rede Solidária BH de Aleitamento Materno.....	19
Cuidados com a saúde do seu filho	20
Retorno ao centro de saúde 5º dia saúde integral	20
Importância da Caderneta de Saúde da Criança	20
Vacinas	20
Cuidados com a sua saúde	21
Saúde sexual e planejamento reprodutivo.....	21
Mapa da vinculação das gestantes dos centros de saúde para as maternidades do SUS-BH	22

AGENDAMENTO DO PRÉ-NATAL

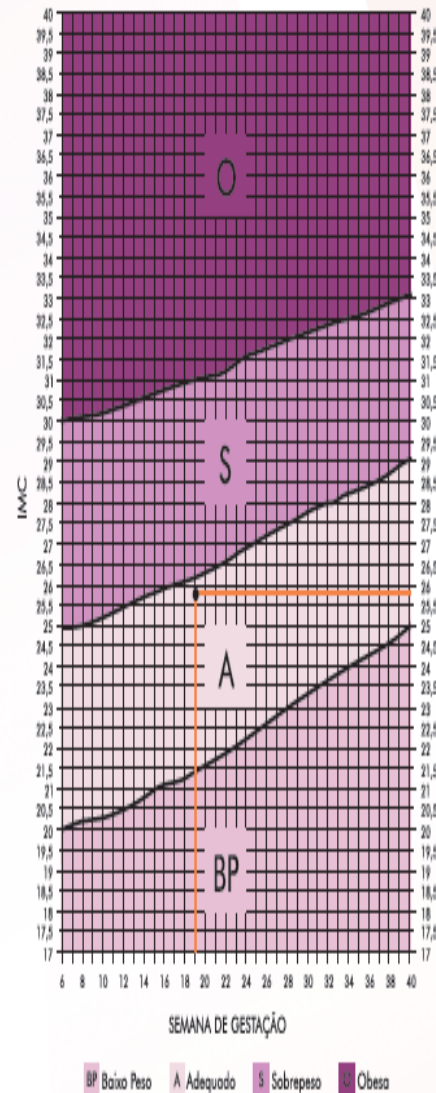
CONSULTA	DATA DA PRÓXIMA CONSULTA	HORÁRIO
1ª consulta	__/__/__	
2ª consulta	__/__/__	
3ª consulta	__/__/__	
4ª consulta	__/__/__	
5ª consulta	__/__/__	
6ª consulta	__/__/__	
7ª consulta	__/__/__	
8ª consulta	__/__/__	
9ª consulta	__/__/__	
10ª consulta	__/__/__	
11ª consulta	__/__/__	
12ª consulta	__/__/__	
Consulta pós parto	__/__/__	

PROCURE ATENDIMENTO IMEDIATO EM CASO DE:

- Sinais de trabalho de parto: endurecimento da barriga a cada 5 minutos (percebidas com você deitada, preferencialmente de lado, durante pelo menos 30 minutos);
- Sangramento ou perda de líquido pela vagina;
- Inchaço do rosto ou de todo o corpo;
- Dor de cabeça com embaçamento da visão;
- Diminuição importante da movimentação do bebê (por 12 horas ou mais);
- Dor para urinar;
- Febre;
- Vômitos persistentes;
- Corrimento vaginal com odor fétido (forte)/ ardência e coceira vulvar.

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/Conduzta
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
UR / Cultura					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmosse					
Co mbs. Indireto (quando indicado)					
GPD (2h /75g)					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico - registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					
Ultra-sonografia					
Data do Exame	IG DUM / Corrigida	IG USG	Peso fetal	Posição da Placenta	Volume Líquido
Outros					

Acompanhamento nutricional

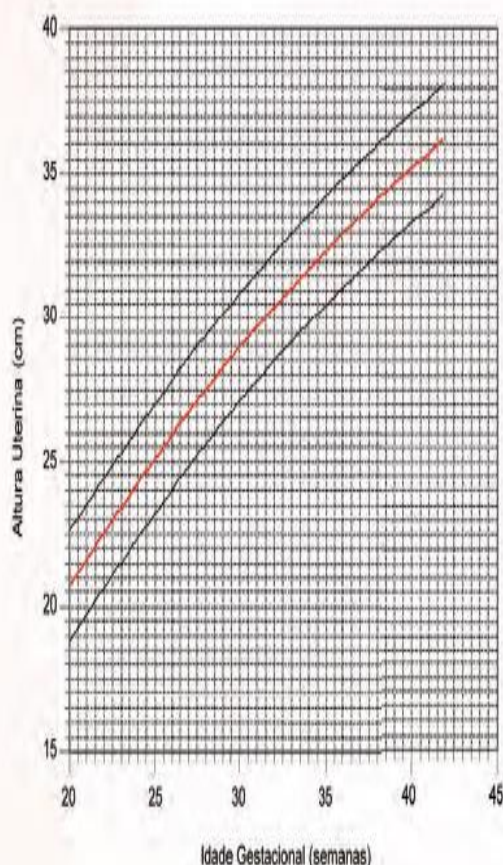


Curva de ganho de peso materno. Adaptado de: "ATALAH SAMUR, Eduardo et al. Propuesta de un nuevo estandar de evolucion nutricional em embarazadas. Rev Med Chile 1997; 125:1429-36."

Quadro - Ganho de peso recomendado em (KG) na gestação, segundo estado nutricional inicial

Estado Nutricional (IMC)	Ganho de peso total (KG) no 1º trimestre	Ganho de peso semanal médio (kg) no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso total (Kg)
Baixo peso	2,3	0,5	12,5 - 18,0
Adequado	1,6	0,4	11,5 - 16,0
Sobrepeso	0,9	0,3	7,0 - 11,5
Obesidade	-	0,3	7,0

Curva de Altura Uterina



Curva de altura uterina. Adaptado de: "MARTINELLI, Sílvia; BITTAR, Roberto E, ZUGAIB, Marcelo. Proposta de nova curva de altura uterina para gestações entre a 20ª e a 42ª semana. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.23, n.4, p.235-241, 2001."

Dúvidas para perguntar na próxima consulta

8

Por que devo fazer o pré-natal?

Gravidez não é doença, mas precisa de cuidados para garantir a sua saúde e a do seu bebê. A maioria das mulheres tem gravidez e parto normais. Muitos problemas podem ser evitados ou tratados com um bom acompanhamento pré-natal. Mesmo que você não esteja sentindo nada de anormal, deve fazer consultas regulares.

Quando devo iniciar o pré-natal?

O pré-natal deve ser iniciado o mais rápido possível. Procure o centro de saúde mais próximo de sua casa assim que você achar que está grávida, para confirmar a gestação e iniciar o pré-natal. Você vai ser acolhida e terá sua consulta agendada.

Quantas consultas devo fazer?

No mínimo 6 consultas. Você deve comparecer a todos os atendimentos marcados. Normalmente as consultas são mensais, mas no final da gestação, devem ser mais frequentes. NÃO EXISTE ALTA DO PRÉ-NATAL. A cada consulta o profissional deverá medir sua pressão e o crescimento da barriga, verificar seu peso e escutar o coração do bebê, além de tirar suas dúvidas. É importante conversar sobre o plano de parto e se informar sobre as práticas que favorecem o parto normal.

Como posso ter mais informações sobre assuntos referentes à gravidez?

Procure o centro de saúde mais próximo de sua casa e participe do grupo de gestante. Você terá a oportunidade de discutir sobre alimentação, vacinas, cuidados com o corpo, parto, amamentação e cuidados com o bebê. Poderá ainda tirar dúvidas e trocar ideias e experiências com os profissionais de saúde e com outras gestantes em um ambiente descontraído e aberto.

Verifique no centro de saúde qual a sua maternidade de referência para atendimento de urgência e para o parto.

Caso você precise internar e não tenha vaga, a maternidade é responsável por encaminhá-la para outra, em transporte adequado.

9

Quais exames devem ser feitos?

A realização de exames é fundamental para a prevenção ou o tratamento de doenças que podem atingir você e seu bebê. Certifique-se de ter feito os seguintes exames:

- Preventivo de câncer do colo do útero, se nunca tiver feito ou se estiver na data para repetir;
- Hemograma;
- Grupo sanguíneo e fator Rh;
- Glicemia em jejum;
- Glicemia após dextrosol para gestantes com maior risco para diabetes;
- Teste para toxoplasmose: 1 exame no início e outro nos últimos meses para gestantes sem proteção para a doença;
- VDRL (sífilis): 1 exame no início e outro nos últimos meses;
- HbsAg (hepatite); HIV/AIDS: 1 exame no início e outro nos últimos meses;
- Exame de urina: 1 exame no início e outro nos últimos meses;
- Ultrassonografia: quando solicitado pelo profissional.

Quais vacinas devo tomar?

As vacinas indicadas na gestação protegem você e seu filho contra o tétano e a hepatite B e estão disponíveis nos Centros de Saúde. Lá a equipe vai avaliar a sua situação vacinal e indicar o número adequado de doses.

Saúde Bucal

Você sabia que durante a gravidez a mulher tem maior chance de desenvolver problemas nos dentes e gengiva? Por isto, não deixe de escovar os dentes pelo menos três vezes ao dia, usar o fio dental diariamente e agendar uma consulta com o dentista, no seu Centro de Saúde.



Alimentação saudável na gestação

- Varie o consumo de frutas, verduras e legumes;
- Consuma feijão pelo menos 1 vez por dia, no mínimo 4 vezes por semana;
- Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes gordurosas, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos, para no máximo 1 vez por semana;
- Modere o uso do sal. Tire o saleiro da mesa;
- Procure fazer 6 refeições por dia (café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar e lanche da noite);
- Evite o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar;
- Evite o consumo diário de refrigerantes. A melhor bebida é a água;
- Aprecie a refeição, coma devagar e mastigue bem os alimentos.

Informe-se e exija seus direitos

- Receber atendimento ambulatorial e hospitalar inteiramente gratuito pelo SUS;
- Ter acompanhante na maternidade durante o trabalho de parto, parto e após o parto, isto é, durante toda a internação;
- Ficar junto com o seu bebê desde o nascimento;
- Acompanhar seu bebê todo o tempo na maternidade, se ele ficar internado;
- Receber o seu Cartão de Pré-natal, a Caderneta de Saúde da Criança e a Declaração de Nascimento para registro após o parto ou quando sair de alta da maternidade;
- Conhecer os resultados dos exames realizados;
- Licença-maternidade de 120 dias;
- Licença-paternidade de 5 dias;
- Estabilidade no emprego;
- Horário para amamentar no trabalho até os 6 meses de vida do bebê, 30 minutos a cada turno de 4 horas de trabalho.

Fique atenta com cuidados pessoais

- Procure manter o peso dentro dos limites saudáveis ;
- Não use bebidas alcóolicas, cigarros e outros tipos de drogas;
- Use remédios apenas com prescrição médica;
- Seja ativa! Procure fazer no mínimo 30 minutos de atividade física diária, evitando exercícios muito intensos. Com isto você irá fortalecer os músculos, controlar o peso e melhorar a circulação do sangue, o que trará uma sensação de bem-estar;
- Realize exercícios para fortalecer o períneo, que é a região entre a vagina e o ânus. Fortalecer esta região facilita a passagem do bebê pelo canal vaginal e a recuperação após o parto. Um bom exercício é contrair o músculo da vagina como se estivesse prendendo e soltando a urina;
- Procure respirar de forma lenta, profunda, de maneira que o ar chegue cada vez mais baixo nos seus pulmões;
- Previna as manchas na pele, que são comuns na gravidez: Use bonés ou chapéus e protetor solar, mesmo se o tempo estiver nublado;
- Previna as estrias, massageando a barriga com hidratante diariamente;
- É recomendado que durante a gravidez não sejam usadas tinturas de cabelo, alisantes e onduladores, pois podem prejudicar o bebê.

Você pode manter relações sexuais durante a gravidez, em qualquer posição, desde que não sinta desconforto. Você só não deve fazer sexo se sentir dor na barriga ou na vagina, tiver sangramento ou estiver com a bolsa d'água rompida.



12

O PARTO NORMAL É O MAIS SEGURO

O parto pode acontecer de uma maneira confortável, segura e sem intervenções. As contrações do útero, a liberação de hormônios e a passagem pela vagina favorecem o amadurecimento final do bebê, a saída dos líquidos pulmonares e sua melhor adaptação ao mundo.

A cesárea programada, com dia e hora marcada, não respeita o momento certo de nascer.

Vantagens do parto normal em relação à cesariana

- A recuperação após o parto é mais rápida;
- As complicações são menos frequentes;
- Menos dor após o parto;
- Não há necessidade de separar mãe-bebê;
- A amamentação é mais fácil;
- Menos problemas respiratórios para o bebê;
- Menor risco do bebê nascer prematuro;
- Menor tempo de internação.



A operação cesariana

A cesariana só deve ser realizada em caso de complicações no processo fisiológico, que não passam de 15%, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde. No Brasil, alguns hospitais têm taxas muito elevadas de cesariana, expondo a mulher e o bebê a **riscos desnecessários**:

- Complicações da anestesia e da cirurgia;
- Hemorragias e infecções;
- Hospitalização prolongada;
- Maior chance de retirada do bebê do útero ainda prematuro e de internação do bebê;
- Problemas em futuras gestações: ruptura do útero, placenta mal posicionada ou que não desprende do útero;
- Separação mãe-bebê nas primeiras horas após o parto e demora na descida do leite materno.

O trabalho de parto deve ser acompanhado de perto respeitando as necessidades de cada mulher. É preciso saber esperar antes de decidir precipitadamente por interrompê-lo com uma cesariana.

13

MITOS E VERDADES SOBRE O PARTO NORMAL

O parto normal demora muito

Muitas vezes a mulher interna com pouca dilatação do colo (2 ou 3 centímetros) e poucas contrações, dando a impressão que o trabalho de parto está prolongado. O tempo de trabalho de parto varia muito de mulher para mulher, com duração média de 8 a 12 h. Evitando a internação precoce previne-se o estresse e situações desconfortáveis como ficar sem alimentação por muito tempo e intervenções dolorosas como soro com medicação e toques vaginais repetidos.

Procedimentos de rotina e condutas padronizados não respeitam a individualidade e podem prejudicar a boa evolução do parto.

O parto normal "alarga" a vagina e atrapalha a vida sexual

O parto normal não alarga a vagina e não atrapalha a vida sexual. Toda mulher deve fazer exercícios de contração dos músculos que ficam perto da vagina (períneo) para preservar a força e a musculatura.

"A dor no parto normal é pior que na cesariana"

A dor no parto normal não é uma dor por motivo de doença, mas uma dor que significa a saúde e o poder da mulher de dar à luz. Não é contínua, vem e para, pode ser vivenciada sem sofrimento e termina com o nascimento de uma nova vida. Por outro lado, a dor da cesariana pode durar muito tempo após o parto.



"A cesariana é mais segura"

Ao contrário: a cesariana programada, sem indicação obstétrica precisa, está associada a maior risco de mortalidade materna e infantil. O parto normal, com um mínimo de intervenções, oferece menores riscos para a saúde da mãe e do bebê.

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO PARTO NORMAL

PREPARE-SE PARA TER UM BOM PARTO!

1. Ter um acompanhante de livre escolha (companheiro, familiar, amiga ou doula), para dar apoio e segurança.
2. Visitar o local onde deverá ter o parto e receber orientações sobre procedimentos que poderão ser adotados.
3. Receber assistência individualizada para evitar intervenções de rotina como soro com ocitocina, restrição de movimentos, episiotomia (corte na vagina) e outros, pois podem trazer riscos.
4. Ter atendimento qualificado por profissionais de saúde que avaliam o bem-estar físico e emocional da gestante e o bem estar do bebê.
5. Receber assistência respeitosa, ter privacidade, ser ouvida e atendida em suas necessidades pessoais.
6. Ter liberdade de caminhar, sentar e adotar as posições que desejar durante o trabalho de parto e no parto.
7. Receber líquidos (água, sucos e chás) durante o trabalho de parto, pois este pode durar muitas horas e a mulher precisa de energia.
8. Experimentar técnicas para aliviar a dor como exercícios com a bola do nascimento, massagens, banho morno ou qualquer outra forma de relaxamento.
9. Poder optar pela anestesia peridural, se as técnicas de relaxamento não forem suficientes para aliviar a dor.
10. Ficar com o bebê desde o nascimento e permanecer com o filho, para ele amamentar e receber carinho da mãe.



É seu direito ser informada e dar seu consentimento para todas as intervenções necessárias.

**MÃE E FILHO
SEMPRE JUNTOS!**

PLANO DE PARTO

Para atendermos suas necessidades no parto é fundamental o registro prévio dos seus desejos e expectativas. O acompanhamento do parto deverá iniciar quando as contrações estão regulares e o colo do útero apresenta-se fino e dilatado. Em caso de perda de líquido ou sangue, mesmo sem contrações, a mulher deve procurar o serviço de saúde. Poderá ter o acompanhante que desejar.

1. Acompanhante que deseja durante a internação na maternidade:

- Marido/ parceiro/ pai do bebê Mãe
 Filha (o) Amigos
 Outros familiares Doula
 Nenhum Outros: _____

No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pêlos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.



2. Deseja usar supositório de glicerina?

- Sim Não

Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.

3. Métodos para alívio da dor que deseja ter como opção

- Massagens Respiração profunda
 Exercícios de relaxamento com bola do nascimento
 Banho de banheira ou de chuveiro

Anestesia com medicamentos

Outros: _____

4. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. Líquidos que deseja ingerir:

- Sucos de frutas Chás
 Gelatina
 Outros: _____



5. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com músicas pode ajudar a relaxar e tranquilizar.

- Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.
 Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.

A posição do parto deve ser escolhida pela mulher.

6. Em qual posição deseja ter o parto?

- Sentada/ Cócoras
 Deitada com cabeceira elevada
 De lado
 Outras: _____



Em poucos casos pode ser necessário o corte da vagina. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.

O bebê que nasce bem é secado e mantido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto da mãe durante toda a internação hospitalar.



7. Quanto ao corte do cordão umbilical, deseja que seja feito:

- Pelo profissional
 Por você mesma
 Pelo marido/ parceiro/pai do bebê
 Outros

Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê,

para evitar hemorragia, e pinga-se um colírio nos olhos para evitar infecção. Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê não esfrie e o curativo do coto umbilical é feito com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e alimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.



8. Caso tenha outros desejos e expectativas em relação à vivência do parto, registre aqui:

AMAMENTAÇÃO

Durante a gravidez

- O desejo de amamentar é um dos pontos mais importantes para um bom aleitamento;
- A mama não necessita de preparo para o aleitamento. Não é necessário fazer exercícios com os mamilos e massagens com buchas;
- O tipo de mamilo não é importante, mas sim a forma da aréola (parte marrom em torno do bico do seio) que é oferecida ao bebê, porque ali estão os ductos que contêm leite para a sucção.

Vantagens para a mulher

- Ajuda na redução do peso após o parto;
- Ajuda o útero a voltar ao tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e anemia;
- Reduz o risco de, no futuro, ter diabetes e câncer de mama.

Vantagens para o bebê

- O leite materno é o melhor e o mais completo alimento para o seu bebê. Ele está sempre pronto, na temperatura certa e não custa nada;
- Amamentar transmite amor e carinho, além de evitar doenças como diarreia, pneumonia e alergias.

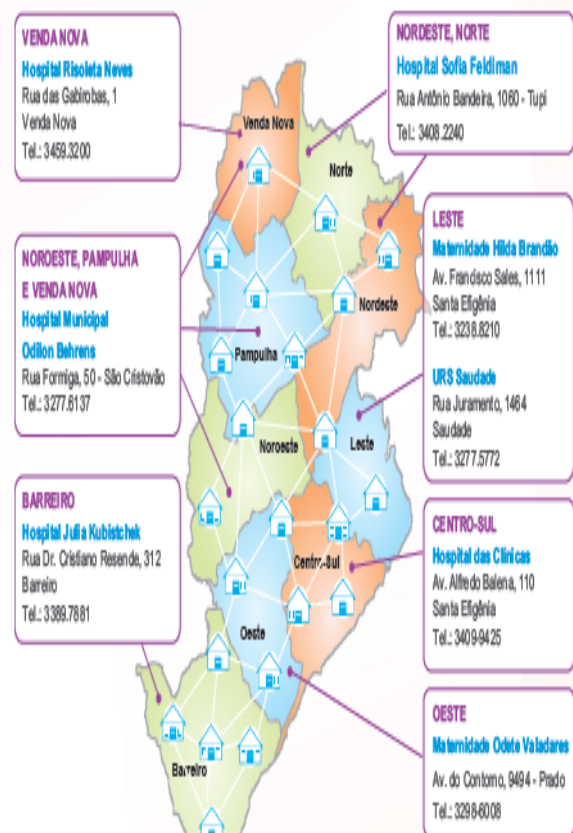
Dicas

- Não existe leite fraco, amamente sempre que o bebê tiver fome. Quanto mais seu bebê mamar, mais leite você vai ter;
- Tome bastante líquido para ajudar na produção do leite;
- Até 6 meses de vida, o bebê que mama no peito não precisa de sucos, chás ou outros alimentos.



REDE SOLIDÁRIA BH DE ALEITAMENTO MATERNO

QUER AMAMENTAR? AQUI VOCÊ TEM APOIO!



CUIDADOS COM A SAÚDE DO SEU FILHO

- Lave as mãos com água e sabão antes de cuidar do bebê;
- Lave a banheira antes do banho;
- Dê banho e seque o umbigo do seu filho todos os dias.

ATENÇÃO: não use pó de fumo ou remédios caseiros, nem coloque moeda, esparadrapo ou faixas no umbigo do bebê.

RETORNO AO CENTRO DE SAÚDE 5º DIA SAÚDE INTEGRAL

Compareça ao Centro de Saúde na primeira semana de vida (a partir do 5º dia) do seu filho para realizar uma consulta de enfermagem:

- Verificar se está tudo bem com você e com o seu bebê;
- Verificar se está tudo bem quanto à amamentação, esclarecer dúvidas e ser assistida nas dificuldades;
- Realizar o teste do pezinho, a vacinação do bebê e a sua vacinação contra rubéola;
- Agendar triagem auditiva neonatal;
- Marcar sua consulta de revisão pós-parto e a consulta de controle do bebê;
- Participar do Planejamento Familiar e utilizar, caso você queira, algum método anticoncepcional.

Importância da Caderneta da Saúde da Criança

É importante acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do seu filho utilizando a Caderneta de Saúde da Criança. Compareça a todas as consultas marcadas no Centro de Saúde mais próximo da sua casa.

Vacinas

As vacinas protegem seus filhos contra sarampo, tuberculose, hepatite, coqueluche, paralisia infantil, tétano, meningite e outras doenças e estão disponíveis nos Centros de Saúde. Siga o calendário da Caderneta da Criança e do Centro de Saúde.

CUIDADOS COM A SUA SAÚDE

Atenção especial após o parto

- No período após o parto, fique atenta com a sua saúde e com a de seu filho;
- Caso apresente febre, dor intensa e pus nos pontos, inflamação na mama ou sangramento intenso, volte imediatamente à maternidade;
- Caso sinta-se muito triste, desanimada e chorosa, procure ajuda no Centro de Saúde;
- Você deve evitar relações sexuais nas primeiras três semanas após o parto. Após este período, você deverá fazer a consulta para revisão do parto.

Qualquer dúvida quanto aos cuidados com o bebê e a amamentação, com sua saúde e bem-estar, procure o centro de saúde para informações, esclarecimentos e assistência. Você e seu filho merecem carinho e atenção.

Saúde Sexual e Planejamento Reprodutivo

Escolher quantos e quando quer ter filhos é um direito da mulher. Para escolher qual o método anticoncepcional mais indicado para você, procure o Centro de Saúde. Mesmo que o seu parto tenha sido normal, você tem direito de fazer a operação de ligadura pelo SUS, sem pagar nada. Para isto é preciso ter, no mínimo, dois filhos ou mais de 25 anos e esperar pelo menos 42 dias do nascimento do bebê. A cesareana não pode ser realizada só para ligar as trompas.



MAPA DA VINCULAÇÃO DAS GESTANTES DOS CENTROS DE SAÚDE PARA AS MATERNIDADES DO SUS-BH

NORDESTE		
HOSPITAL SOFIA FELDMAN	C.S. Cidade Ozanan	C.S. Marcelo Pontel (C.S. Jardim Vitória)
	C.S. Conjunto Paulo VI	C.S. Maria Goretti
	C.S. Efigênia Murta (C.S. Conj. Ribeiro de Abreu)	C.S. Nazaré
	C.S. Dom Joaquim	C.S. Olavo Albino
	C.S. Gentil Gomes	C.S. Paulo VI / Marivanda Baleeiro
	C.S. Goiânia	C.S. Ribeiro de Abreu
	C.S. Leopoldo Crisóstomo (C.S. Vilas Reunidas)	C.S. São Gabriel
	C.S. Padre Fernando de Melo (C.S. Santa Cruz)	C.S. São Marcos C.S. São Paulo C.S. Vila Maria
HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS	C.S. Alcides Lins	C.S. Cachoeirinha
SANTA CASA	C.S. Capitão Eduardo	
BARREIRO		
HOSPITAL JÚLIA KUBITSHECK	C.S. Barreiro	C.S. Miramar
	C.S. Barreiro de Cima	C.S. Pilar / Olhos D'agua
	C.S. Bairro das Indústrias	C.S. Regina
	C.S. Bonsucesso	C.S. Santa Cecília
	C.S. Diamante / Teixeira Dias	C.S. Tirol
	C.S. Independência	C.S. Túnel de Ibirité
	C.S. Itaipu	C.S. Uruçuaia
	C.S. Lindéia	C.S. Vale do Jatobá
	C.S. Mangueiras	C.S. Vila Cemig
	C.S. Milionários	C.S. Vila Pinho
	VENDA NOVA	
MATERNIDADE DE VENDA NOVA	C.S. Andradas	C.S. Piratininga
	C.S. Jardim Comerciais	C.S. Rio Branco
	C.S. Jardim Europa	C.S. Santa Mônica
	C.S. Lagoa	C.S. Santo Antônio
	C.S. Mantiqueira	C.S. Serra Verde
	C.S. Minas Caixa	C.S. Venda Nova
	C.S. Nova York	
HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS	C.S. Céu Azul	C.S. Jardim Leblon
	C.S. Copacabana	
PAMPULHA		
SANTA CASA	C.S. Confisco	C.S. Santa Terezinha
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	C.S. Itamarati	C.S. São Francisco
	C.S. Ouro Preto	
HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS	C.S. Dom Orione	C.S. Santa Amélia
	C.S. Padre Joaquim Maia	C.S. Santa Rosa

CENTRO SUL		
SANTA CASA	C.S. Cafezal	C.S. Oswaldo Cruz
	C.S. Carlos Chagas	C.S. Padre Tarcísio
	C.S. Conjunto Santa Maria	C.S. Santa Lúcia
	C.S. Menino Jesus	C.S. Santa Rita de Cássia
	C.S. Nossa Senhora Aparecida	C.S. São Miguel Arcanjo
	C.S. Nossa Senhora de Fátima	C.S. Tia Amância
OESTE		
MATERNIDADE ODETE VALADARES	C.S. Betânia	C.S. Salgado Filho
	C.S. Cabana	C.S. São Jorge
	C.S. Cícero Idelfonso	C.S. Ventosa
	C.S. Conjunto Betânia	C.S. Vila Imperial
	C.S. Havaí	C.S. Vila Leonina
	C.S. Noraldino de Lima	C.S. Vista Alegre
	C.S. Palmeiras	C.S. Waldomiro Lobo
	C.S. Prof. Amílcar Viana Martins	
LESTE		
SANTA CASA	C.S. Alto Vera Cruz	C.S. Novo Horizonte
	C.S. Boa Vista	C.S. Paraíso
	C.S. Clóvis Boechat de Menezes (C.S. Pompeia)	C.S. Santa Inês
	C.S. Granja de Freitas	C.S. São Geraldo
	C.S. Horto	C.S. São José Operário
	C.S. Mariano de Abreu	C.S. Taquaril
	C.S. Marco Antônio Menezes (C.S. Sagrada Família)	C.S. Vera Cruz
NORTE		
HOSPITAL SOFIA FELDMAN	C.S. Aarão Reis	C.S. Jardim Guanabara
	C.S. Campo Alegre	C.S. Lajedo
	C.S. Etelvina Carneiro	C.S. MG 20 (Monte Azul)
	C.S. Felicidade I	C.S. Novo Aarão Reis
	C.S. Felicidade II	C.S. Primeiro de Maio
	C.S. Floramar	C.S. Providência
	C.S. Guarani	C.S. São Bernardo
	C.S. Heliópolis	C.S. São Tomás
	C.S. Jaqueline I	C.S. Tupi
	C.S. Jaqueline II	
NOROESTE		
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	C.S. Califórnia	C.S. Jardim Montanhês
	C.S. Carlos Prates	C.S. Padre Eustáquio
	C.S. Dom Bosco	C.S. Pindorama
	C.S. Elza Martins	C.S. Santa Maria
	C.S. Glória	C.S. Santos Anjos
	C.S. Jardim Alvorada	C.S. São José
	C.S. Jardim Filadélfia	C.S. Serrano
HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS	C.S. Bom Jesus	C.S. Pedreira Padre Lopes
	C.S. Ermelinda	C.S. São Cristóvão
MATERNIDADE ODETE VALADARES	C.S. Dom Cabral	C.S. João Pinheiro
	C.S. João XXIII	



Certificado



BH Viva
Criança

Nasceu _____
no dia _____, às _____ h, com _____ kg e _____ cm,
para a alegria de _____

Este é mais um forte motivo para a prefeitura de Belo Horizonte trabalhar por uma cidade mais humana. Felicidade hoje e sempre!

Marcio Lacerda

Marcio Lacerda
Prefeito de Belo Horizonte

Upt

Marcelo Gouvêa Teixeira
Secretário Municipal de Saúde



PREFEITURA
BELO HORIZONTE
www.pbh.gov.br



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

www.pbh.gov.br