



**Christiane Trevisan Slivinski
(Organizadora)**

Saúde Pública e Saúde Coletiva 3



Atena
Editora

Ano 2019

Christiane Trevisan Slivinski
(Organizadora)

Saúde Pública e Saúde Coletiva 3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Karine de Lima

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S255 Saúde pública e saúde coletiva 3 [recurso eletrônico] / Organizadora
Christiane Trevisan Slivinski. – Ponta Grossa (PR): Atena
Editora, 2019. – (Saúde Pública e Saúde Coletiva; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-162-6

DOI 10.22533/at.ed.626191103

1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Slivinsk, Christiane
Trevisan.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Todo indivíduo tem o direito de segurança a saúde, as ações prestadas pela saúde pública são relacionadas ao diagnóstico e tratamento de doenças que lhes permita a manutenção da saúde. No entanto, quando se considera a comunidade, a coletividade, se faz necessário que o profissional ultrapasse as barreiras da observação, diagnóstico e prescrição de tratamento ao paciente como um indivíduo isolado. O processo saúde-doença deve ser analisado dentro de um contexto social, onde o indivíduo encontra-se inserido para que se tenha subsídios suficientes para interferir na realidade e promover as mudanças necessárias.

As modificações de ações necessárias para promoção da saúde dentro da saúde pública devem respeitar as possibilidades e programas fornecidos pelo Estado, enquanto que dentro da saúde coletiva a ação é mais radical de acordo com a necessidade da comunidade.

Os profissionais envolvidos tanto com saúde pública quanto coletiva abrangem todas as grandes áreas da saúde, tais como enfermagem, medicina, odontologia, nutrição e fisioterapia, além dos demais colaboradores que atuam neste setor. Neste ebook é possível identificar a visão bem detalhada de como andam alguns dos aspectos da saúde pública e coletiva no Brasil na ótica de renomados pesquisadores.

O volume 1 apresenta uma abordagem nutricional da saúde do indivíduo. Aqui são analisados tanto aspectos da absorção e função de determinados nutrientes no organismo quanto a atenção nutricional e a garantia de saúde. Ainda podem ser observados aspectos que envolvem a educação em saúde, onde se trabalha o conhecimento e a formação dos profissionais que atuam em saúde.

No volume 2 encontram-se artigos relacionados as questões da estratégia da saúde da família e atenção básica que norteiam todo o processo de saúde pública, além da importância da atuação multiprofissional durante o processo de manutenção da saúde. Também são apresentados aqui algumas discussões acerca das implicações da terapia medicamentosa.

Finalmente no volume 3 encontram-se as discussões relacionadas aos aspectos epidemiológicos de doenças tais como hepatite, hanseníase, dengue, sífilis, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis. Como não basta apenas garantir a saúde do cidadão mas também do profissional que o atende, são analisados alguns aspectos relacionados ao risco ocupacional e ao estresse causado pela atividade profissional. Este volume traz ainda a análise da atuação de profissionais dentro da unidade de terapia intensiva, os cuidados de enfermagem necessários ao restabelecimento da saúde do indivíduo e alguns aspectos da saúde da mulher.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: UMA REVISÃO ATUALIZADA SOBRE A DENGUE NO BRASIL	
Cinara Alves Primo Pessôa Luanna Soares de Melo Evangelista Antônio Rosa de Sousa Neto Alexandre Maslinkiewicz Lissandra Chaves de Sousa Santos Daniela Reis Joaquim de Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.6261911031	
CAPÍTULO 2	12
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HEPATITE B EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO	
Kelvyta Fernanda Almeida Lago Lopes Raynner Sousa Chaves Frazão Natália Pereira Marinelli Maraisa Pereira Sena Tarciso Marinelli Filho Alana Ilmara Pereira da Costa Josiane Rocha Silva Ferraz	
DOI 10.22533/at.ed.6261911032	
CAPÍTULO 3	22
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO PIAUÍ, 2001 – 2012	
Marcos Ramon Ribeiro Dos Santos Mendes Danieli Maria Matias Coêlho Jaqueline Carvalho E Silva Ivone venâncio de melo	
DOI 10.22533/at.ed.6261911033	
CAPÍTULO 4	39
AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNÓSTICADOS COM HANSENÍASE EM UMA CIDADE NO INTERIOR DO CEARÁ	
Renan Rhonalty Rocha Maria Vitória Laurindo Camilla Rodrigues Pinho Jessika Cruz Linhares Frota Francisca Aila De Farias Francisca Valéria Bezerra Sampaio Marques Alana Cavalcante Dos Santos Letícia Bandeira Mascarenhas Lopes Sara De Araújo Do Nascimento Antônia Crissy Ximenes Farias	
DOI 10.22533/at.ed.6261911034	
CAPÍTULO 5	52
ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU-RJ, NO PERÍODO DE 2013 A 2017	
Hellen de Souza Neves Emanuel Inocência Ribeiro da Silva Paula Guidone Pereira Sobreira	

Adalgiza Mafra Moreno
DOI 10.22533/at.ed.6261911035

CAPÍTULO 6 54

ANÁLISE DAS PRINCIPAIS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 A 2015

Antônio Zenon Antunes Teixeira
DOI 10.22533/at.ed.6261911036

CAPÍTULO 7 62

CONTRIBUIÇÃO DA REDE SOCIAL PARA ADOLESCENTES E JOVENS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE

Leidiane Aparecida Da Silva
Danty Ribeiro Nunes
Leonardo Nikolas Ribeiro
Marilene Rivany Nunes
DOI 10.22533/at.ed.6261911037

CAPÍTULO 8 72

USO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BRASIL: UMA PESQUISA DE BASE POPULACIONAL

Tatiane de Souza Mançú
Enilda Rosendo do Nascimento
DOI 10.22533/at.ed.6261911038

CAPÍTULO 9 82

UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO PÓS-EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Bruna Furtado Sena De Queiroz
Maycon Teyllon Rodrigues De Carvalho
Eronice Ribeiro De Moraes Araujo
Yanca Ytala Gonçalves Roza
Jayris Lopes Vieira
Maria Francinete Do Nascimento Silva
Naya Thays Tavares De Santana
Matheus Henrique Da Silva Lemos
DOI 10.22533/at.ed.6261911039

CAPÍTULO 10 95

MONITORAMENTO DE INCIDENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA SEGURA AO USUÁRIO

Ana Claudia de Brito Passos
Francemarie Teodósio de Oliveira
Viviane Nascimento Cavalcante
DOI 10.22533/at.ed.62619110310

CAPÍTULO 11 101

AValiação DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE PACIENTES DO SERVIÇO ESCOLA DE FISIOTERAPIA – UFPI

Gláucia Vanessa Santos Alves
Jeferson Souza Silva
Rebeca Barbosa da Rocha
Kamila Santos da Silva
Iago Santos Verás
Cerliane Camapum Brandão

CAPÍTULO 12 114

RISCOS OCUPACIONAIS AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM SALA DE VACINA

Márcia de Moraes Sousa
Maria Francinete do Nascimento Silva
Naldiana Cerqueira Silva
Bruna Furtado Sena de Queiroz
Flávia de Sousa Holanda
Laísa Ribeiro Rocha
Gisele Lopes Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.62619110312

CAPÍTULO 13 129

AVALIAÇÃO DO ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – REVISÃO INTEGRATIVA

Anny Caroline dos Santos Olímpio
João Breno Cavalcante Costa
Ana Íris Mota Ponte
Maria Gleiciane Cordeiro
Benedita Beatriz Bezerra Frota
Carlos Henrique do Nascimento Moraes

DOI 10.22533/at.ed.62619110313

CAPÍTULO 14 143

CUIDADO AO CUIDADOR: AMENIZANDO O ESTRESSE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Luma Ravena Soares Monte
Vilkiane Natercia Malherme Barbosa
Tiago da Rocha Oliveira
Gleyde Raiane de Araújo
Thiego Ramon Soares
Anderson da Silva Sousa

DOI 10.22533/at.ed.62619110314

CAPÍTULO 15 152

REFLEXÕES SOBRE O NÍVEL DE SOBRECARGA DO CUIDADOR A PARTIR DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Vitória Ferreira do Amaral
Quitéria Larissa Teodoro Farias
Florência Gamileira Nascimento
Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão
Camila Paiva Martins
Luiza Jocymara Lima Freire Dias
Ana Suelen Pedroza Cavalcante
Thaís Rodrigues Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.62619110315

CAPÍTULO 16 163

SEGURANÇA DO PACIENTE: A EQUIPE DE ENFERMAGEM COM ÊNFASE NO PROTOCOLO DE QUEDAS E AS ORIENTAÇÕES AO AUTOCUIDADO

Francisca Fernanda Dourado de Oliveira
Roselene Pacheco da Silva
Jéssica Costa Brito Pacheco

Gardênia Sampaio Leitão
Ana Suzane Pereira Martins
Jean Carlos Fonseca de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.62619110316

CAPÍTULO 17 173

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ESQUIZOFRENIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lorena Gomes de Abreu Lima
Leila Mariane Machado Torres Bezerra
Nájila Aguiar Freitas Lemos
Tatiane Barbosa de Lira
Kamila Cristiane de Oliveira Silva
Tacyany Alves Batista Lemos

DOI 10.22533/at.ed.62619110317

CAPÍTULO 18 184

RELATO DE EXPERIÊNCIA FRENTE AO HOSPITAL PSIQUIATRIACO DE TERESINA-PIAUI

Yanca Ítala Gonçalves Roza
Bruna Furtado Sena de Queiroz
Evelynne de Souza Macêdo Miranda
Manuella Bastiany Silva
Kamila Cristiane de Oliveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.62619110318

CAPÍTULO 19 191

RELEVÂNCIA DE GRUPOS TERAPÊUTICOS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Márcia de Moraes Sousa
Kamila Cristiane de Oliveira Silva
Andreza Moita Moraes
Maria Francinete do Nascimento Silva
Bruna Furtado Sena de Queiroz
Thalita Carvalho Cipriano
Valeria Correia Lima tupinambá Lustosa

DOI 10.22533/at.ed.62619110319

CAPÍTULO 20 197

A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM USUÁRIOS DE TABACO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Gabriela de Queiroz Cerqueira Leite
Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento
Jorgina Sales Jorge
Valfrido Leão de Melo Neto
Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.62619110320

CAPÍTULO 21 213

MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR APLICADO A UM ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS: UM ESTUDO DE CASO

João Breno Cavalcante Costa
Anny Caroline dos Santos Olímpio
Ana Íris Mota Ponte
Maria Gleiciane Cordeiro
Benedita Beatriz Bezerra Frota
Carlos Henrique do Nascimento Morais

DOI 10.22533/at.ed.62619110321

CAPÍTULO 22 219

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Laércio Bruno Ferreira Martins
Bárbara Carvalho dos Santos
Edilene Rocha de Sousa
Caroline Rodrigues de Barros Moura
Geísa de Moraes Santana
Jordano Leite Cavalcante de Macêdo
David Reis Moura
Marcelino Martins

DOI 10.22533/at.ed.62619110322

CAPÍTULO 23 231

FATORES INVIABILIZADORES DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Laércio Bruno Ferreira Martins
Bárbara Carvalho dos Santos
Caroline Rodrigues de Barros Moura
Suellen Aparecida Patricio Pereira
Edilene Rocha de Sousa
David Reis Moura
Marcelino Martins

DOI 10.22533/at.ed.62619110323

CAPÍTULO 24 239

IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ellizama Belem de Sousa Mesquita
Brisa Cristina Rodrigues Cardoso Magalhães
Elliady Belem de Sousa Mesquita
Edson Belem de Sousa Mesquita
Elanea Brito dos Santos
Michelly Gomes da Silva
Marcos Vinicius de Sousa Fonseca
Larissa Bezerra Maciel Pereira
Avilnete Belem de Souza Mesquita
Alexsandra Leandro Viana
Rosa da Paz Firmino Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.62619110324

CAPÍTULO 25 255

A SAÚDE DOS MORADORES DE RUA :TORNAR VISÍVEL O INVISÍVEL

Maria Yaná Guimarães Silva Freitas

Guilherme de Jesus Santos
Alessandra de Almeida Pereira
Caroline Andrade Araújo
Fernanda Aiume Carvalho Machado
Brenda Fadigas Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.62619110325

CAPÍTULO 26 264

ANÁLISE DE RISCOS OCUPACIONAIS NA PRODUÇÃO DE MAÇÃ: UM ESTUDO DE UM SISTEMA PRODUTIVO DA SERRA CATARINESE

Fauser Batista Rolim Rosa
Renata dos Santos Magnus
Willians Cassiano Longen

DOI 10.22533/at.ed.62619110326

CAPÍTULO 27 284

INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE MOTOCICLETA NAS CIDADES SATÉLITES DO RECANTO DAS EMAS, SAMAMBAIA E RIACHO FUNDO II NO DISTRITO FEDERAL

Juliana de Sousa Muniz
Marcos André Gonçalves
Sílvia Emanoella Silva Martins de Souza
Dylliany Cristina da Silva Sales
Leila de Assis Oliveira Ornellas
Jônatas de França Barros
André Ribeiro da Silva

DOI 10.22533/at.ed.62619110327

CAPÍTULO 28 294

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE ACORDO COM AS ESCALAS DE KATZ E LAWTON

Maria Iara Socorro Martins
Tatiane Gomes Alberto
Emanuela Pinto Vieira
Welber Hugo da Silva Pinheiro
Jamille Soares Moreira Alves

DOI 10.22533/at.ed.62619110328

CAPÍTULO 29 303

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM UMA ENFERMARIA DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Rodrigo Costa Soares Savin
Tatiana de Araújo Lima
Dayse Carvalho do Nascimento
Priscila Francisca Almeida
Mercedes Neto
Andressa de Souza Tavares

DOI 10.22533/at.ed.62619110329

CAPÍTULO 30 316

MELHORA DA AUTOESTIMA EM MULHERES INTERNADAS EM AMBIENTE HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE; RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lígia Maria Gomes da Silva
Ilraiany de Araújo Lima
Luana Ferreira Nunes
Jéssica Vanessa Sousa Araújo

Gyselle Carolyne de Almeida Alves
Ana Jéssica Ferreira Alencar
Danyel Pinheiro Castelo Branco

DOI 10.22533/at.ed.62619110330

CAPÍTULO 31 321

CÂNCER DE MAMA: TIPOS DE TRATAMENTO E MUNICÍPIOS DE ORIGEM DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAL NA CIDADE DE SOBRAL- CEARÁ

Michele Maria Martins Vasconcelos
Marília Dias Costa
Matheus Magno da Silva Néo
Ananda Milena Martins Vasconcelos
Milla Christie Martins Vasconcelos Pinheiro
Danielle Rocha do Val

DOI 10.22533/at.ed.62619110331

CAPÍTULO 32 323

CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA O ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

Tatiana de Araujo Lima
Monique Silva dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.62619110332

CAPÍTULO 33 339

TRANSPORTE NEONATAL SEGURO: VAMOS GARANTIR UMA VIDA

Antonia Rodrigues Santana
Aline Vasconcelos Alves Frota
Ariano Wagner Alves de Oliveira
Heliandra Linhares Aragão
Karla Daniella Almeida Oliveira
Letícia Kessia Souza Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.62619110333

CAPÍTULO 34 341

FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE COLO UTERINO AVALIADOS EM UMA COMUNIDADE DO INTERIOR MARANHENSE

Kelvy Fernanda Almeida Lago Lopes
Naiara Coelho Lopes
Alana Ilmara Pereira da Costa
Larissa de Andrade Silva Ramos
Maraisa Pereira Sena
Marcelo Xavier da Silva Sousa
Natália Pereira Marinelli

DOI 10.22533/at.ed.62619110334

CAPÍTULO 35 356

O PARTO HUMANIZADO: UMA REALIDADE PRÓXIMA OU UM FUTURO DISTANTE?

Bárbara Carvalho dos Santos
Francelly Carvalho dos Santos
Matilde Nascimento Rabelo
Laércio Bruno Ferreira Martins
Kledson Amaro de Moura Fé
Daccione Ramos da Conceição
Claudia de Oliveira Silva
Luiz Filipe Ximenes da Silva

Vanessa Ingrid Araujo Campelo
Jéssica Nascimento Almeida
Marcelino Martins

DOI 10.22533/at.ed.62619110335

CAPÍTULO 36 371

VISITA PUERPERAL E ORIENTAÇÕES AO AUTOCUIDADO NO BINÔMIO MÃE-FILHO: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisca Fernanda Dourado de Oliveira

Roselene Pacheco da Silva

Jéssica Costa Brito Pacheco

Gardênia Sampaio Leitão

Ana Suzane Pereira Martins

Jean Carlos Fonseca de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.62619110336

SOBRE A ORGANIZADORA..... 378

CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA O ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

Tatiana de Araujo Lima

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

Monique Silva dos Santos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

RESUMO: A atenção materno-infantil é considerada uma estratégia do Ministério da Saúde para redução de possíveis danos ao binômio mãe-filho. Dentre as principais atribuições do agente comunitário de saúde (ACS), está o acompanhamento mensal das gestantes cadastradas, com realização de visitas domiciliares e busca ativa, de modo a promover um elo de comunicação entre estas e a equipe de saúde. A motivação para esse estudo surgiu a partir do cotidiano de trabalho numa unidade de saúde da família localizada em Copacabana, município do Rio de Janeiro. O presente estudo teve por objetivo geral: qualificar a atenção e o acompanhamento prestado pelos ACSs às gestantes da equipe, e por objetivos específicos: identificar e analisar o fluxo de trabalho dos ACSs junto às gestantes, capacitá-los para o adequado registro dos dados em prontuário eletrônico, e avaliar os resultados obtidos pela capacitação, por meio da análise de indicadores do prontuário. Trata-se de um plano de intervenção descritivo, desenvolvido

no período de maio a dezembro de 2017, em três etapas: diagnóstico situacional, treinamento e capacitação dos ACSs e avaliação dos resultados. Concluiu-se que a atividade de capacitação e educação permanente dos ACSs, realizada semanalmente pelo enfermeiro, tem representado uma ótima estratégia para o incremento do número de visitas domiciliares e para a promoção de uma melhor compreensão dos profissionais acerca dos registros em prontuário eletrônico nesta linha de cuidado. Constatou-se um aumento significativo dos registros de visitas domiciliares em prontuário eletrônico, de 17,4% para 52% das gestantes acompanhadas mensalmente.

PALAVRAS-CHAVE: agentes comunitários de saúde; saúde da família; saúde da mulher.

ABSTRACT: Maternal and child care is considered a strategy of the Ministry of Health to reduce possible damages to the mother-child binomial. Among the main responsibilities of the community health agent is the monthly follow-up of registered pregnant women, with home visits and active search, in order to promote a communication link between them and the health team. The motivation for this study emerged from the daily work in a family health unit located in Copacabana, Rio de Janeiro municipality. The objective of the present study was to qualify the attention and follow-up provided by community

health agents to the pregnant women, and as for specific objectives: to identify and analyze the workflow of the agents with the pregnant women, to enable them for the adequate recording of data in electronic medical records, and to evaluate the results obtained by the training carried out, through the analysis of indicators from the electronic medical record. It is a descriptive intervention plan, developed in the period from May to December 2017, in three stages: situational diagnosis, training and qualification of the agents and evaluation of the results. It was concluded that the activity of training and ongoing education of the agents, performed weekly by the nurse, has represented an excellent strategy to increase the number of home visits and to promote a better understanding about the electronic medical records. There was a significant increase in home visits in electronic records, from 17.4% to 52% of pregnant women monitored monthly.

KEYWORDS: community health workers; family health; women's health.

1 | INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna foi o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – ODM, a partir da definição de uma meta de redução de 75% para o período de 1990 a 2015. No entanto, essa meta encontra-se bem distante da realidade dos indicadores brasileiros, o que consiste num importante problema de saúde pública e denota as falhas no serviço prestado (BRASIL, 2010).

Segundo Silva et. al (2016), em estudo que abrangeu o período de 2009 a 2012, a razão de mortalidade materna mais elevada no Brasil foi encontrada no ano de 2009 (77/100 mil nascidos vivos), e a mais baixa no ano de 2012 (65/100 mil nascidos vivos).

Um número significativo de mortes maternas ainda faz parte da realidade social e sanitária do Brasil, mantendo-se elevada a ocorrência de mortes maternas evitáveis, e constatando-se o comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2012).

No Brasil, a mortalidade materna continua apresentando números alarmantes, o que configura um importante problema de saúde pública, sendo as principais causas: as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as complicações do aborto e as infecções puerperais. Dentre estas, a doença hipertensiva da gravidez e, em particular, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, continuam se destacando como as três principais causas de mortalidade e morbidade materna (DIAS et. al, 2015).

O acompanhamento do pré-natal tem por finalidade assegurar e promover o parto de um recém-nascido saudável e garantir o bem estar materno-infantil, baseando-se em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos (BRASIL, 2005). Para Mallet (2005), avaliar a qualidade da assistência à saúde é uma questão fundamental, sendo imprescindível fomentar sua discussão entre os profissionais de saúde, governo e comunidade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), as

unidades de saúde devem estar inseridas próximas ao local de residência dos usuários e devem ser sua principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o intuito de reduzir a morbimortalidade e facilitar o acesso às unidades de saúde, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS:

O compromisso é reafirmar o papel desejado para a Atenção Básica enquanto ordenadora das Redes de Atenção e de coordenação do cuidado, proporcionando avanços na ampliação do acesso, bem como aprimorar o acolhimento e a resolutividade desse nível de atenção (BRASIL, 2017).

Diante das evidências apresentadas acima, faz-se necessária uma revisão do acompanhamento dessas mulheres durante o período gestacional, considerando o agente comunitário de saúde (ACS) como profissional ativo nesse processo, atuando enquanto elo de comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade (BRASIL, 2010).

Considerando que o ACS atua como pilar dos programas de saúde voltados à atenção básica, tendo por função intermediar as relações entre profissionais de saúde e comunidade (SERRANO, 2014), dentre suas atribuições, elenca-se o mapeamento da comunidade para a identificação de microáreas de risco; o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares; o acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; a vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas na comunidade (SANTOS, 2014).

1.1 Justificativa

A motivação para esse estudo surgiu a partir do cotidiano de trabalho da Equipe de Saúde da Família Ceci, do Centro Municipal de Saúde (CMS) João Barros Barreto, localizado no bairro de Copacabana, na zona sul do município do Rio de Janeiro, e que atende aos usuários do território Morro dos Cabritos.

Em janeiro de 2017, foi realizado um diagnóstico situacional das gestantes adscritas à equipe e de seu acompanhamento pelos agentes comunitários de saúde, no que tange ao número de visitas domiciliares mensais. Observou-se que tal indicador encontrava-se abaixo do acompanhamento esperado, que é o registro de 100% das visitas domiciliares realizadas às gestantes.

Partindo da identificação deste problema, e considerando as possíveis consequências do não acompanhamento dessa população, justificava-se, portanto, a necessidade de propor um plano de intervenção com vistas à modificação de tal realidade, por meio da adequação do registro das fichas de acompanhamento das gestantes em prontuário eletrônico, pelo agente comunitário de saúde, na estratégia da saúde da família.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Qualificar a atenção e o acompanhamento prestado pelos agentes comunitários de saúde às gestantes cadastradas pela Equipe Ceci.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar e pactuar o fluxo de trabalho dos agentes comunitários de saúde da Equipe Ceci junto às gestantes cadastradas.
- Capacitar os agentes comunitários de saúde da Equipe Ceci para o adequado registro dos dados em prontuário eletrônico.
- Avaliar os resultados obtidos pela capacitação realizada, por meio da análise de indicadores do prontuário eletrônico.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Mortalidade Materna

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, uma vez que em 92% dos casos poderia ser evitada (BRASIL, 2007). Este é um indicador da realidade social do país, estando inversamente relacionado aos fatores determinantes e condicionantes de qualidade de vida e bem estar físico, mental e social, conforme caracterizado no art. 3º da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990):

Art. 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Em 2015, a taxa mundial de mortalidade materna foi de 216 mortes por 100.000 nascidos vivos, o que denota a falta de compromisso com políticas direcionadas à saúde das mulheres (CARLO; TAVERS, 2016). Segundo Barbosa (2007), em sua dissertação de mestrado, a taxa média de mortalidade materna estimada para os países da América Latina e do Caribe em 2002 foi de 190 mortes por 100.000 nascidos vivos, enquanto que em países como Canadá e Estados Unidos foi de apenas 9 por 100.000 recém-natos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define morte materna – segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID-10) – como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2007).

O **Quadro 1** mostra o comparativo do número de óbitos maternos, segundo macrorregiões do país, nos anos de 2011 e 2015 (DATASUS, 2018). Apesar da redução da razão de mortalidade materna, o Brasil ainda precisa percorrer um longo caminho na busca de melhores indicadores de saúde da mulher, e a assistência pré-natal é vista, por seu impacto, como fator preponderante para a redução das taxas de mortalidade materna (MIRANDA; QUINTELLA, 2010).

REGIÃO	ÓBITOS MATERNOS/ANO	
	2011	2015
Região Norte	196	214
Região Nordeste	587	580
Região Sudeste	540	631
Região Sul	168	166
Região Centro-Oeste	119	147
Total	1.610	1.738

Quadro 1. Frequência absoluta de óbitos maternos por macrorregiões brasileiras, 2011/2015.

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o indicador razão de mortalidade materna (RMM) é aceitável quando de até 10 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BECKER, 2012). Porém, de acordo com Silva et. al (2016), em estudo que abrangeu o período de 2009 a 2012, os indicadores brasileiros permanecem alarmantes: 77 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2009, e 65 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2012.

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), traduziu-se em intervir sobre os corpos das mulheres de maneira a assegurar que fossem adequados às necessidades da reprodução social (OSIS, 1998). Em seu texto original, o próprio PAISM reproduz a atenção que era dispensada até então às mulheres: “o atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente (BRASIL, 1984, p.05)”.

Como exemplo de uma política voltada apenas para a saúde reprodutiva da mulher brasileira, com a finalidade de reduzir os altos índices de morbimortalidade materno-infantil, em 1974 foi criado o Programa de Saúde Materno-infantil (PSMI), porém o

caráter vertical do programa e a falta de integração com outras ações do governo resultaram em baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BARBOSA, 2007). O crescente sentimento de democratização do país, com a organização de movimentos sociais, como o feminista, motivou duras críticas a tais políticas, principalmente pelo caráter reducionista que apresentavam (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

As mulheres passaram a expor suas reivindicações como o direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, democratização da educação para a saúde e outras medidas, entendidas na perspectiva da saúde pública e não do ato médico (SANTOS, 2005).

Após anos de luta, em 1984, foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), objetivando uma nova abordagem à saúde da mulher, garantindo ações educativas, cobertura e qualidade dos serviços, e marcando a cessação de políticas com eleição de prioridades nesse campo (BRASIL, 1984). Segundo o texto da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher:

As mulheres organizadas reivindicam, portanto, sua condição de sujeitos de direitos, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionam as condições de saúde em todos os ciclos de vida, ações que contemplatessem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos (BRASIL, 2004, p.16).

O conceito proposto pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é o de integralidade das ações, conceito esse que posteriormente se tornou objeto de lei, com o advento do SUS em 1988 (BRASIL, 1990). A nova máxima implicou não apenas em mais uma política de saúde, mas em modos de a saúde produzir subjetividades por meio de práticas que estabelecem valores, como o de cidadania e de sujeito de direito (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

2.2 Atenção ao pré-natal na Estratégia de Saúde da Família

O escopo do acompanhamento pré-natal é garantir que haja um desenvolvimento rijo da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, e minimizando possíveis impactos para a saúde materna, com abordagem de aspectos psicossociais e promoção de atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2011).

O PAISM (1984, p.19) trata a questão da assistência pré-natal em seu texto como sendo: “[...] conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito”.

Considerando a Atenção Primária à Saúde como porta preferencial de entrada da gestante no sistema de saúde, o Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012, p.38) apresenta os 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica:

- 1º PASSO:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
- 2º PASSO:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º PASSO:** Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4º PASSO:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”.
- 5º PASSO:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6º PASSO:** É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: «pré-natal do(a) parceiro(a)».
- 7º PASSO:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º PASSO:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”.
- 9º PASSO:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
- 10º PASSO:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

O Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), estabelecendo as bases referenciais para a promoção de uma assistência pré-natal de qualidade e humanizada em todo o Brasil (THEODORO, 2012). Com relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o PHPN (BRASIL, 2002, p. 6-7), estabelece as seguintes atividades a serem realizadas:

- 1 - Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- 2 - Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1 - Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
 - 2.2 - Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
 - 2.3 - Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - a) Tipagem sanguínea e determinação do fator RH (ABO-Rh), na primeira consulta;
 - b) Venereal Disease Research Laboratory (VDRL – para diagnóstico da sífilis): um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - c) Urina: um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - d) Glicemia de jejum: um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - e) Hemoglobina (HB)/Hematócrito (Ht), na primeira consulta.
 - 2.4 - Oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes, sendo necessário o consentimento da mulher.
 - 2.5 - Aplicação de vacina antitetânica (iniciar esquema para mulheres não imunizadas ou a dose de reforço em mulheres já imunizadas, realizando a DTPa a

partir da 20ª semana de gestação).

2.6 - Realização de atividades educativas.

2.7 - Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.

2.8 - Garantir às gestantes classificadas como de risco o atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Para que seja ofertado um pré-natal de qualidade, é importante que o serviço e os profissionais de saúde estejam devidamente preparados. O profissional que recebe a gestante deve estar atento a fatores de natureza física, bem como aos de ordem emocional, econômica e familiar, visto que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta pré-natal e, conseqüentemente, na qualidade do acompanhamento (CRISTINA et al., 2012).

A consulta de enfermagem no pré-natal permite que o profissional enfermeiro possa intervir de modo a avaliar as prioridades, atuando na promoção, e prevenir os agravos à saúde da mulher, além de oferecer à usuária uma escuta sensível, fortalecendo assim o vínculo entre enfermeiro e gestante e o processo de cuidado (MENDONÇA et al., 2011).

Na consulta de enfermagem à mulher, é de grande importância o acolhimento, a atenção e a comunicação interpessoal, visando propiciar uma relação de confiança e facilitar o processo de troca de informações, escuta das dúvidas e esclarecimento das mesmas (TEIXEIRA, et al., 2009).

2.3 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde no Acompanhamento das Gestantes

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve seu início na década de 80, tendo sido implementado pelo Ministério da Saúde na região nordeste, como alternativa para melhoria das condições de saúde da população adscrita, transmitindo informações e fortalecendo o vínculo entre a população e os sistemas de saúde (FRAGA, 2011).

OACS representa um importante elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde vive e trabalha, sendo um trabalhador singular no âmbito da saúde. Como premissas de seu trabalho, estão a entrevista com o usuário, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias e o mapeamento da comunidade, possibilitando a identificação das vulnerabilidades e desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, na sua área de atuação (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

A visita domiciliar é fundamental por promover a aproximação entre o agente e a comunidade, sendo um instrumento facilitador na abordagem do usuário e sua família, objetivando o entendimento do contexto familiar e, a verificação das possibilidades de envolvimento da família na assistência oferecida (SERRANO, 2014).

O ACS é um profissional essencial à implementação do sistema único de saúde e ao acompanhamento do usuário, fortalecendo assim a Atenção Primária, bem como a prevenção de doenças, promoção e vigilância em saúde, além da melhoria da qualidade de vida do usuário, família e comunidade (BRASIL, 2009). Constitui-se, portanto, num agente facilitador, que permite a identificação e maior atenção às questões relacionadas às famílias de seu território, observando os fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e de vulnerabilidade social que interferem em sua saúde.

Ao identificar uma situação-problema de difícil abordagem, o agente de saúde deve relatar a situação à sua equipe, para que conjuntamente possam traçar estratégias de intervenção para o cuidado deste usuário, família ou comunidade. Deve, ainda, conversar com o usuário e/ou seus familiares, e posteriormente encaminhá-los à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada. Os diferentes aspectos de um problema deverão ser examinados cuidadosamente entre os diversos atores envolvidos, para que sejam encontradas soluções adequadas, com o mínimo de exposição do usuário. Caso não ocorra o comparecimento do usuário à unidade de saúde, deverá então ser realizada busca ativa ou visita domiciliar (BRASIL, 2009).

O ACS, como integrante da equipe de saúde da família, pode orientar os usuários acerca de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, de acordo com o planejamento da equipe. Todas as pessoas de sua comunidade deverão ser acompanhadas, principalmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade e risco. Segundo o Manual do ACS, são atribuições (BRASIL, 2009):

- Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo;
- Encaminhar os usuários aos serviços de saúde sempre que necessário;
- Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- Acompanhar a situação de saúde dos usuários, para ajudá-los a conseguir bons resultados;
- Realizar visitas domiciliares de acompanhamento mensal às gestantes, crianças e portadores de doenças crônicas;
- Cadastrar usuários;
- Cadastrar gestantes através da Ficha B e manter esse cadastro atualizado.

Diante do exposto, destaca-se que o ACS é um agente de saúde estratégico no controle da assistência materna e na prevenção da morte materna e infantil, sendo essencial na garantia da permanência do usuário nas ações assistenciais dos demais profissionais de saúde.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um plano de intervenção descritivo, com abordagem qualitativa. Para Neves (2006), a grande maioria dos estudos qualitativos é realizada no lugar da origem

das informações, não impossibilitando o pesquisador de usar a lógica do empirismo científico, mas partindo da hipótese de que seja mais adequado utilizar a perspectiva da observação fenomenológica, quando se trata de eventos característicos e aos quais seja atribuído certo grau de ambivalência.

O plano de intervenção é uma interferência que um profissional realiza sobre o processo de desenvolvimento ou aprendizagem do sujeito que em dado momento apresente problemas de aprendizagem. Entende-se que na intervenção, o procedimento adotado interfere no processo, com o objetivo de compreendê-lo, explicitá-lo ou corrigi-lo (CAMPOS, 2010).

A capacitação é um processo pedagógico que contempla a aquisição/atualização de conhecimentos até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, planejamento e organização do trabalho etc.) e façam sentido para os atores envolvidos (BRASIL, 2015).

Este plano de intervenção foi desenvolvido no Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto, pertencente à área programática 2.1, situada na zona sul do município do Rio de Janeiro. O CMS João Barros Barreto é composto por oito equipes de saúde da família, que atendem a toda a população adscrita do bairro Copacabana. O plano foi direcionado especificamente à Equipe Ceci, que possuía, no período do estudo, tem 3.251 pessoas cadastradas, sendo 1.203 mulheres entre 10 e 49 anos, oferecendo cobertura parcial à população do Morro dos Cabritos em Copacabana, território ocupado por atores armados oficiais (policiais) e não oficiais (tráfico).

A violência armada no território dificulta as ações de acompanhamento em saúde pelas ACSs da equipe. Com a finalidade de levar segurança aos usuários e profissionais, a equipe utiliza os protocolos de segurança do Programa Acesso Mais Seguro, desenvolvido pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha para locais com grande incidência de conflito armado.

A comissão do Acesso Mais Seguro do CMS João Barros Barreto é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde de cada equipe. Após avaliação diária, define-se se as áreas estão classificadas como amarelas ou verdes. Caso a classificação seja verde, a entrada na comunidade é possível; estando em risco amarelo, não se deve entrar na comunidade (BRASIL, 2013).

A população participante deste estudo consistiu nos seis agentes comunitários da Equipe Ceci: todas do sexo feminino; cinco delas com ensino médio completo e uma cursando o ensino superior. Quatro delas possuíam mais de cinco anos de experiência no trabalho, e duas apresentavam menos de três anos de experiência, e todas residiam na própria comunidade.

Este plano de intervenção foi construído visando contribuir para a qualificação do acompanhamento das gestantes no município do Rio de Janeiro.

4 | PLANO DE INTERVENÇÃO.

4.1 Definição do problema, seleção de nós críticos e consequências

A partir do diagnóstico situacional realizado por meio da análise dos dados e indicadores do prontuário eletrônico, foi observada uma cobertura de apenas 17,4% das gestantes cadastradas, no que se refere ao quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Foi observado, portanto, um déficit de lançamentos dos registros de acompanhamento, por meio da digitação dos dados preenchidos nas fichas B (referentes ao acompanhamento das gestantes) e/ou nas fichas de visita domiciliar. As fichas que estruturam o trabalho das equipes de saúde e que produzem os dados que compõem o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) são utilizadas para realizar o Cadastramento, Acompanhamento Domiciliar e para o Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações das pessoas adscritas nos territórios das equipes de atenção básica.

Para alcançar a meta proposta de 100% de acompanhamento, faz-se necessário que o agente realize, no mínimo, uma visita domiciliar por mês a cada gestante.

Foram elencados como possíveis nós críticos envolvidos no problema: dificuldade de acesso para a realização de visitas domiciliares e/ou de busca ativa, relacionada à presença de atores armados não oficiais no território; e déficit na alimentação adequada do prontuário eletrônico com as informações sobre visitas domiciliares, evidenciado pela falta de conhecimento acerca das fichas B (acompanhamento da gestante) e pela falta de treinamento das ACSs em prontuário eletrônico.

Como consequência desses nós críticos, as ACSs deixam de: prestar assistência à gestante em suas residências; entender como essa gestante vive em âmbito familiar; realizar as observações pertinentes para informar à equipe, bem como transmitir à gestante as orientações fornecidas pela equipe técnica; e ainda deixam de registrar adequadamente no prontuário eletrônico os dados de acompanhamento das gestantes.

4.2 Desenho da operação

Este plano de intervenção foi direcionado aos seis agentes comunitários de saúde da Equipe Ceci do Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto, localizado em Copacabana, município do Rio de Janeiro-RJ, com a finalidade de capacitá-los para melhorar a assistência às gestantes cadastradas e atendidas pela referida equipe.

1ª etapa - Inicialmente, em janeiro de 2017, foi realizado o diagnóstico situacional, baseado na observação dos dados do prontuário eletrônico, a partir do qual foi identificado o acompanhamento mensal de apenas 17,4% das gestantes cadastradas na equipe, que justifica-se pela dificuldade de acesso, tanto das ACSs às residências quanto das gestantes à unidade, devido à violência armada no território.

2ª etapa - Compreendendo as dificuldades encontradas pelas ACSs para realização das visitas domiciliares, relacionadas à violência no território e constantes confrontos, foi pactuada durante as reuniões semanais de equipe do ano de 2017, a seguinte modificação do fluxo de trabalho: a realização das visitas passaria a ocorrer mediante a formação de duplas de ACSs, em conjunto com a enfermeira residente, nas ocasiões em que o território estivesse em classificação verde, de acordo com o Protocolo de Segurança de Acesso Seguro, desenvolvido pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha para atuação em áreas de conflito. Contudo, nas ocasiões em que o território estivesse em classificação amarela, tal processo não seria viável, o que impossibilitaria a realização das visitas domiciliares temporariamente (BRASIL, 2013).

3ª etapa - Capacitação dos ACSs pelo enfermeiro da equipe, para realização adequada dos registros de dados em prontuário eletrônico, e orientação acerca dos campos que devem ser preenchidos na Ficha B da Gestante, bem como sobre a periodicidade mensal de visitas, preconizada para essas usuárias. Objetivou-se discutir a importância do acompanhamento das gestantes, das visitas domiciliares e da realização de busca ativa sempre que necessário, visando novas estratégias na finalidade de promover o cuidado.

Esta etapa iniciou-se em maio de 2017, com periodicidade semanal e duração de duas horas. A finalidade proposta foi identificar como as ACSs se viam nesse processo, e de que forma as mesmas compreendiam sua importância enquanto agentes de saúde e enquanto elos entre equipe e comunidade.

4ª etapa - Acompanhamento e avaliação contínuos do plano de intervenção implementado, a partir da análise dos dados do prontuário eletrônico, referentes ao acompanhamento mensal das gestantes pelo ACS. Objetivou-se ainda promover encontros para retorno dos resultados observados aos ACSs, a serem realizados em periodicidade mensal, implementando assim uma capacitação permanente.

As despesas referentes aos materiais utilizados, tais como: caneta esferográfica, papel e valores referentes a passagens para ida à comunidade, ficaram sob a responsabilidade do enfermeiro residente.

Os resultados esperados a partir da implementação deste plano de intervenção foram: melhoria da comunicação entre enfermeiro/ACS/gestante; adoção do fluxo de trabalho pactuado para garantia da continuidade de realização de visitas domiciliares, considerando a situação de violência no território; capacitação de 100% dos ACSs quanto à importância das visitas domiciliares, sua periodicidade, e o preenchimento adequado das fichas B e posterior registro dos dados em prontuário eletrônico; melhoria da qualidade dos registros em prontuário eletrônico; e, por fim, observação do incremento da cobertura de visitas domiciliares às gestantes, mediante seu registro mensal em prontuário eletrônico.

Foram utilizados como métodos de avaliação do plano de intervenção: a coleta de dados do prontuário eletrônico, a partir da qual pôde ser mensurado o aumento do indicador que reflete a cobertura de visitas domiciliares realizadas às gestantes, e

também as reuniões semanais de supervisão dos ACSs.

O processo de implementação do plano de intervenção foi iniciado em maio de 2017, com o desenvolvimento das reuniões de capacitação com os ACSs. A etapa de avaliação dos resultados obtidos foi realizada processualmente e continuamente, com periodicidade semanal, e objetivando o retorno dos resultados obtidos para os agentes comunitários de saúde.

No diagnóstico situacional realizado em janeiro de 2017, constatou-se um baixo acompanhamento das gestantes cadastradas, com apenas 17,4% de cobertura. Contudo, a partir da implementação do plano de intervenção, foi observado, oito meses depois, um aumento dessa cobertura para 52%, o que ainda se encontra distante da meta preconizada, que é o acompanhamento mensal de 100% das gestantes. Todavia, ressalta-se a efetiva possibilidade de melhoria quando há liderança e empenho do enfermeiro responsável pela equipe.

5 | CONCLUSÃO

Dentre as atribuições do ACS, destaca-se o acompanhamento mensal das gestantes cadastradas e assistidas pela equipe de saúde da família, bem como a realização de busca ativa das mesmas, sempre que essa se faz necessária.

Foi observado que a atividade de capacitação dos agentes comunitários de saúde, com a realização de reuniões de supervisão semanal dos mesmos pelos residentes de enfermagem, tem consistido em ótima estratégia para o incremento da cobertura de visitas domiciliares às gestantes. Observou-se ainda, durante tais reuniões semanais, um melhor entendimento por parte dos ACSs sobre a importância do acompanhamento à gestante por meio das visitas domiciliares periódicas, e do preenchimento adequado dos dados no prontuário eletrônico.

Apenas uma das seis microáreas ainda apresenta difícil acesso para a visita domiciliar devido à violência armada, impactando no acompanhamento das gestantes desta área. No entanto, a estratégia da visita domiciliar em duplas, adotada pela equipe, trouxe maior segurança para as ACSs.

Conclui-se que as atividades de capacitação e o plano de intervenção foram importantes para a organização do fluxo de trabalho dos ACSs e melhoria dos indicadores da Equipe Ceci. Embora o aumento da cobertura de visitas domiciliares tenha sido significativo, encontra-se ainda aquém da cobertura ideal preconizada. Portanto, é de essencial importância a continuidade das atividades de capacitação e educação permanente, visando a melhoria contínua dos registros em prontuário eletrônico e da assistência ofertada às gestantes.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.A. **Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato**. 111 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2007.

BECKER, M.E.L. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária no município de Rio Branco, Acre**. 94 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. Acesso em: 01 Mar. 2017.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set.1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 368 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21.out.2011.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO) Manual Instrutivo 2º Ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Oficinas Acesso Mais Seguro – CICV (Comitê Internacional da Cruz Vermelha)**. 2013. Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/seeduc/exibeconteudo?article-id=1446361> acessado em: 30 jan 2018.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.

CARLO, W.A.; TRAVERS, C.P. **Mortalidade materna e neonatal: hora de agir**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 92, n. 6, p. 543-545, Dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000700543&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 04 Fev. 2018.

CRISTINA, I.A.B; GODEIRO, A.L.S; MONTEIRO, A.I. **Assistência de Enfermagem no Pré-Natal e Evitabilidade de Óbitos Neonatais**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, n. 20, Dez. 2012. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a08.pdf. Acesso em: 01 Abr. 2017.

DIAS, J.MG; OLIVEIRA, A.P.S; CIPOLLOTTI, R; MONTEIRO, B.K.S.M; PEREIRA, R.O. **Mortalidade materna**. Rev Med Minas Gerais. 2015. Acessado dia 08 fev de 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>.

FRAGA, O.S. **Agente comunitário de saúde: O elo entre a comunidade e a equipe de estratégia de saúde da família**. [trabalho de conclusão de curso] Governador Valadares. Minas Gerais. 2011. Acessado dia 04 março 2018. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2665.pdf

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C; TAKAYANAGUI, A.M.M. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.2, n° 5, abr / jun 2006.

MALLET, A.L.R. **Qualidade em Saúde: tópicos para discussão**. Rev. da SOCERJ, Rio de Janeiro, v.18, n.15, Set, 2005.

MEDEIROS, P.F; GUARESCHI, N.M.F. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 17, n. 1, Apr. 2009. Acesso em: 01 Abr. 2017.

MENDONÇA, F.A.C; SAMPAIO, L.R.L; LINARD, A.G; SILVA, R.M; SAMPAIO, L.L. **Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras**. Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):57-64. Acesso em: 19 Maio 2017.

MIRANDA, F.J.S; QUINTELLA, R.A. **Assistência Pré-Natal: Estudo de três indicadores**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Abr/Jun. 2010. Acesso em: 01 Abr. 2017.

NEVES, J. L. **Pesquisa Qualitativa - Características, usos e possibilidades**. Caderno de pesquisas em administração. São Paulo, v.1, nº3, 2º sem./2006.

OSIS, M.J.M.D. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad. Saúde Publ, Rio de Janeiro, v. 14, Supl.1, 1998. Acesso em: 31 Mar. 2017.

SANTOS, Í.E.R; VARGAS, M.M; REIS, Francisco, P. **Estressores laborais em agentes comunitários de saúde**. Rev. Psicol., Organ. Trab., Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 324-335, set. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 08 fev. 2018.

SANTOS, J. **Assistência à Saúde da Mulher no Brasil**. II Jornada Internacional de Políticas

Públicas, São Luís, 2005. Acesso em: 31 ago. 2017.

SERRANO, M.N. **Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno**. 2014. 43 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

SILVA, B.G.C; LIMA, N.P; SILVA, S.G; ANTUNÉZ, S.F; SEERIG, M.L; RESTREPO-MÉNDEZ, M.C; WEHRMEISTER, F.C. **Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais**. Rev. bras. epidemiol. 19 (03) Jul-Set 2016.

TEIXEIRA, C.A.B; SILVA, R.M; RODRIGUES, M.S.P; LINARD, A.G; DIOGENES, M.A.R; MENDONÇA, F.A.C. **Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica**. Rev. APS, v. 12, n. 1, p. 16-28, jan./mar. 2009.

THEODORO, E.S.N. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória, Espírito Santo, Brasil**. 155 f. 2007. Tese (Doutorado em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-162-6

