



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

EVELYN SARAH DE OLIVEIRA

**GESTANTES INDÍGENAS: UM ESTUDO SOBRE A ADEÇÃO AO
PRÉ-NATAL OFERECIDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS**

CAMPO GRANDE – MS

2023

EVELYN SARAH DE OLIVEIRA



GESTANTES INDÍGENAS: UM ESTUDO SOBRE A ADEÇÃO AO PRÉ-NATAL OFERECIDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Me. Ester Marcele Ferreira de Melo

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2023



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**GESTANTES INDÍGENAS: UM ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO
PRÉ-NATAL OFERECIDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS**

por

EVELYN SARAH DE OLIVEIRA

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 02 de Fevereiro de 2023, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Ester Marcele Ferreira de Melo

Professora Orientadora

Vanessa Mueller

Membro Titular 1

Patrícia Nantes Monteiro

Membro Titular 2

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

Dedico este trabalho a Deus, que em nenhum momento me deixou fraquejar ou desistir e à minha família que acreditou em mim, me apoiou e me incentivou durante esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela minha vida e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo desta trajetória.

Agradeço ao meu esposo, meus pais e familiares que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

As minhas colegas do programa de residência e as minhas preceptoras que dividiram comigo esses dois anos de estudo e trabalho, trocando saberes e experiências, contribuindo para minha formação profissional.

A orientadora Ester de Melo, que sabiamente me conduziu e contribuiu para a elaboração deste projeto e a todos os professores que colaboraram com a minha formação e meu aprendizado ao longo da vida.

RESUMO

OLIVEIRA, Evelyn. **Gestantes indígenas: um estudo sobre a adesão ao pré-natal oferecido em uma Unidade de Saúde da Família no município de Campo Grande/MS, 2023.** 33 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2023.

A gravidez na população indígena é um tema delicado que deve ser abordado através de um olhar diferenciado, respeitando a cultura e a tradição destes povos, procurando compreender o processo de união e constituição familiar, com o intuito de também aprender a conhecer as mulheres indígenas e formar vínculos para melhorar a qualidade do atendimento. Este estudo teve como objetivo geral elaborar estratégias de educação permanente destinada aos agentes comunitários de saúde para a captação precoce das gestantes indígenas ao pré-natal oferecido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Campo Grande/MS e, como objetivos específicos, conscientizar os agentes comunitários de saúde sobre a importância da adesão das gestantes indígenas ao pré-natal, fomentar a busca ativa das gestantes faltosas como ferramenta de adesão e construir junto com os agentes comunitários de saúde propostas de intervenção que colaborem para melhorar a adesão ao pré-natal, com consequente garantia da saúde desta população, especialmente durante a gestação. O embasamento teórico deste estudo ocorreu por meio de pesquisa em artigos científicos publicados nos portais eletrônicos e bases de dados (SciElo, Google Acadêmico, CAPES, BVS, dentre outros). O público-alvo foram os 7 (sete) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) lotados em uma equipe de saúde da família da USF em questão. Com este estudo, notou-se um olhar mais atencioso dos ACS para com as gestantes acompanhadas, uma melhora significativa na busca ativa das gestantes faltosas e ainda um aumento da solicitação de agendamento de consultas de pré-natal. A partir do exposto, observou-se que a adesão das gestantes indígenas as consultas de pré-natal oferecidas na unidade de saúde depende da ação de vários atores, cada qual com seu papel e todos com objetivo de promover saúde.

Palavras-chave: Mulher indígena. Gravidez. Pré-natal. Agente Comunitário de Saúde. Educação Permanente.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Evelyn. Indigenous pregnant women: a study on adherence to prenatal care offered at a Family Health Unit in the city of Campo Grande/MS, 2023. 33 pages. Completion of Residency Work - Multiprofessional Residency Program in Family Health SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2023.

Pregnancy in the indigenous population is a delicate topic that must be approached through a different perspective, respecting the culture and tradition of these peoples, seeking to understand the process of union and family constitution, with the aim of also learning to know indigenous women and form bonds to improve the quality of care. This study had the general objective of developing permanent education strategies aimed at community health agents for the early enrollment of indigenous pregnant women to prenatal care offered at a Family Health Unit (USF) in the municipality of Campo Grande/MS and, as objectives to make community health agents aware of the importance of indigenous pregnant women's adherence to prenatal care, encourage the active search for pregnant women at fault as a tool for adherence and build, together with community health agents, intervention proposals that collaborate to improve adherence to prenatal care, with a consequent guarantee of the health of this population, especially during pregnancy. The theoretical basis of this study occurred through research in scientific articles published in electronic portals and databases (SciElo, Google Scholar, CAPES, BVS, among others). The target audience was the 7 (seven) Community Health Agents (ACS) assigned to a family health team at the USF in question. With this study, a more attentive look by the CHA towards the monitored pregnant women was noted, a significant improvement in the active search for absent pregnant women and even an increase in the request for scheduling prenatal appointments. From the above, it was observed that the adherence of indigenous pregnant women to the prenatal consultations offered at the health unit depends on the action of several actors, each with their own role and all with the objective of promoting health.

Key words: Indigenous woman. Pregnancy. Prenatal. Community Health Agent. Permanent Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 A Saúde da Mulher Indígena.....	11
2.2 A Gravidez na Mulher Indígena	11
2.3 O Pré-natal.....	13
2.4 O Pré-natal da Mulher Indígena.....	14
2.5 O ACS e o Pré-natal.....	15
2.6 Metodologia de ensino.....	16
2.6.1 Educação Permanente.....	16
2.6.2 O Arco de Maguerez.....	16
3 METODOLOGIA.....	18
3.1 Local do estudo.....	18
3.2 Público-alvo.....	18
3.3 Plano de Ação.....	18
3.3.1 Etapas do Projeto de Intervenção.....	20
3.4 Avaliação e Monitoramento.....	22
4 RESULTADOS ALCANÇADOS.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXO A- DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU.....	27
ANEXO B - FLUXOGRAMA ATENDIMENTO À GESTANTE - PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	29
ANEXO C - PROTOCOLO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - O trabalho do ACS relacionado à Saúde da Mulher.....	31
ANEXO D - PROTOCOLO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Cadastro individual.....	33

1 INTRODUÇÃO

Os Censos Demográficos sobre os indígenas aconteceram de 1991 a 2000, utilizando como metodologia para captação de informações os quesitos cor ou raça e a auto-identificação. A partir de 2010, essa captação introduziu no Questionário Básico, além do quesito cor ou raça, a investigação sobre a etnia e a língua falada, tanto para aqueles que se declararam indígenas quanto para os que residem em terras indígenas que não se declararam, mas se consideravam indígenas (IBGE, 2010).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010) são muitas as etnias indígenas que hoje residem nas áreas urbanas e, dentre os motivos que os levaram a migrar para a cidade, está à baixa produção em suas terras. O Mato Grosso do Sul abriga a segunda maior população indígena do Brasil e a cidade de Campo Grande conta com uma população indígena de 5.657 pessoas morando em domicílios urbanos, com a formação de quatro comunidades indígenas nesses espaços urbanos, chamadas “Aldeias Urbanas” (IBGE, 2010).

Silva e Bernardelli (2016) destacam que a Comunidade Indígena Água Bonita é uma dessas “Aldeias Urbanas”, situada na região do Distrito Sanitário Segredo, localizada entre os Bairros Vida Nova III e o Loteamento Tarsila do Amaral. Esta Comunidade abriga mais de 100 famílias indígenas das etnias Guarani, Terena e Kadiwéu. Ainda sobre a aldeia urbana Água Bonita, Gomes (2011), relata que cuidar da saúde do indígena que vive neste local ainda é um grande desafio, pois se sabe quão importante é entender esses indivíduos como responsáveis e construtores de sua própria história.

O Indígena, fora de seu território, não deixa de ser brasileiro. Nesse sentido, viver nas grandes capitais não é deixar de ser indígena. Um indígena sempre será indígena, estando ele em seu território ou não. Seja qual for o local que o povo indígena estiver - na cidade ou não - sempre levarão consigo seus costumes, sua cultura, suas raízes, ou seja, sua história (GOMES, 2011).

A gestação é um tema delicado tratando-se dos povos indígenas. Quaiato (2017) destaca a importância de se olhar esse período de forma diferenciada, respeitando a cultura e a tradição destes povos, procurando compreender o processo de união e constituição familiar, com o intuito de também aprender a conhecer às mulheres indígenas e formar vínculos para melhorar a qualidade do atendimento.

Para garantir uma gestação com bom desenvolvimento e um parto sem complicações é fundamental que seja realizado um atendimento pré-natal eficiente, capaz de proporcionar tanto à mãe quanto ao bebê, atenção integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Desde o início das atividades práticas desenvolvidas em uma USF situada no município de Campo Grande/MS, foi identificado um alto índice de mulheres indígenas em busca de Testes Rápidos de Gravidez e um elevado número de gestantes iniciando suas consultas de pré-natal. Tal fato despertou o questionamento sobre como se dá a adesão das mulheres indígenas ao pré-natal oferecido nesta unidade de saúde.

O presente estudo objetivou elaborar estratégias de educação permanente destinada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a captação precoce das gestantes indígenas ao pré-natal oferecido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Campo Grande/MS. Trouxe como objetivos específicos, conscientizar os agentes comunitários de saúde sobre a importância da adesão das gestantes indígenas ao pré-natal, fomentar a busca ativa das gestantes faltosas como ferramenta de adesão e construir junto com os ACS propostas de intervenção que colaborem para melhorar a adesão ao pré-natal e como consequência garantir a saúde desta população, especialmente durante a gestação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Saúde da Mulher Indígena

A saúde é um direito de todos e dever do Estado (Art. 196 da Constituição Federal), sendo assim a redução do risco de doença e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, deve ser garantido a todos independente de sua etnia; devem ser realizadas respeitando as suas práticas, ritos e culturas que envolvem medicamentos à base de ervas além de ser suprido com políticas públicas que visem assegurar o cumprimento dos direitos junto aos povos indígenas (GOMES, 2011).

Desde a década de 80, políticas de saúde voltadas para atenção integral à saúde da mulher vêm sendo realizadas nos países em desenvolvimento, com o objetivo de promover saúde e bem-estar a esta população. A criação de uma política de saúde especialmente voltada para as mulheres indígenas é de suma importância, visto que elas representam uma parte da população culturalmente diferenciada, com múltiplos contextos étnicos e socioculturais (FERREIRA, 2013).

Ferreira (2013) destaca ainda que a fim de garantir o acesso integral à saúde indígena, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI) em 2002, entretanto, apesar de reconhecer características étnicas e culturais específicas dos povos indígenas, tal política não contempla ações voltadas particularmente à saúde das mulheres indígenas. Em 2004, alguns setores governamentais deram início à elaboração de uma política específica para a saúde das mulheres indígenas, mas até o momento nenhuma política foi efetivamente consolidada.

Coimbra Jr e Garnelo (2003) indicam em sua pesquisa que o desconhecimento sobre a saúde reprodutiva e da saúde da mulher indígena pode ser considerado tão precário quanto à infraestrutura física e organizacional dos serviços de saúde.

Ainda que em anos recentes tenha havido uma importante expansão das pesquisas epidemiológicas e demográficas sobre os povos indígenas no Brasil, são escassas as informações sobre as condições de saúde e eventos vitais, em âmbito nacional, das mulheres indígenas (GARNELO et al, 2019).

2.2 A Gravidez na Mulher Indígena

Igansi e Zatti (2018) descrevem em seu estudo que a sexualidade da mulher indígena é um tema complexo e polêmico, apesar de as indígenas estarem preparadas para o exercício da sua sexualidade desde a menarca. Esses mesmos autores falam ainda que na cultura indígena a gravidez é considerada como um sonho, que ultrapassa o sobrenatural para o humano, sendo considerada o reflexo da ação dos deuses sobre a mulher.

As mulheres indígenas apresentam como característica específica a alta fecundidade, verificada devido a fatores socioculturais, como a valorização de famílias populosas, o elevado número de uniões conjugais, o início da vida reprodutiva relativamente cedo (se comparado aos padrões das não indígenas) e os curtos intervalos intergenésicos. Tais fatores devem ser levados em conta a fim de assegurar o acesso das mulheres indígenas aos serviços de saúde, principalmente ao acompanhamento pré-natal de qualidade, já que espera-se que estas mulheres têm ou terão muitos filhos (COIMBRA JR. e GARNELO, 2003).

Quaiato (2017) relata que a gestação é um tema delicado tratando-se dos povos indígenas e destaca a importância de um olhar diferenciado quando se trata deste período da vida da mulher indígena, onde se faz necessário respeitar a cultura e a tradição destes povos, procurando compreender o processo de união e constituição familiar com o intuito de também aprender a conhecer as mulheres indígenas e formar vínculos para melhorar a qualidade do atendimento. Este mesmo autor descreve em seu estudo que, culturalmente, a primeira gravidez para mulher indígena significa a expressão da mulher, mostrando ao grupo sua função de reprodutora biológica.

Para Ferreira (2013) a concepção, a reprodução e os ciclos de vida são expressos através de teorias nativas capazes de revelar como os laços de identidade corporal e de gênero formam a base dos grupos de parentesco. Dentre as teorias de concepção existentes entre os povos indígenas, podemos citar a teoria que assegura ser o feto o resultado das substâncias corporais de seus pais: o sêmen e o sangue; já em outra teoria, se idealiza que apenas o sêmen colabora para a formação do feto, sendo a mulher considerada apenas um "receptáculo" do sêmen.

É o homem que fabrica o feto pelo acúmulo gradativo de sêmen no decorrer de repetidas relações sexuais (FERREIRA, 2013).

Alguns estudos apontam que no Brasil, comparado a outros segmentos, as condições de saúde dos povos indígenas ainda permanecem pouco conhecidas. Com relação aos dados epidemiológicos sobre a gestação, o parto e o pós-parto, também são encontradas dificuldades para realizarmos estudos, visto que tais dados costumam ser superficiais e incompletos (IGANSI e ZATTI, 2018).

Quando falamos especificamente sobre a saúde reprodutiva da mulher indígena, notamos que existem poucos estudos disponíveis e as pesquisas encontradas demonstram um quadro alarmante, onde há uma alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST), lesões ginecológicas de variadas etiologias, patologias de mama, além das queixas de

dores em região de baixo ventre, dispareunia e leucorreia (COIMBRA JR e GARNELO, 2003).

2.3 O Pré-natal

A concepção de pré-natal surgiu em meados do século XX e foi trazido ao Brasil entre as décadas de 20 e 30 com o objetivo de reduzir os agravos à saúde da mulher, sem, contudo se preocupar com o feto, que passa a ser também alvo dos cuidados somente a partir dos anos 50 e 60 (IGANSI e ZATTI, 2018).

Hoje a atenção ao pré-natal reflete o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde às gestantes, com o intuito de proporcionar as melhores condições de saúde, tanto para a mãe quanto para o bebê, utilizando ferramentas capazes de identificar riscos e agravos, prevenir e tratar doenças relacionadas à gravidez e ainda sanar dúvidas através da educação em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016 in MORSELLI LO RÉ; NASCIMENTO; FONSECA, 2022).

Em seu estudo Morselli Lo Ré, Nascimento e Fonseca (2022), descrevem que vários programas foram implantados para melhorar o serviço de pré-natal no Brasil. Dentre estes programas, os autores destacam o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado no ano 2000, com o intuito de realizar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que surgiu em 2004, com o objetivo de prestar assistência clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama; e a Rede Cegonha, lançada em 2011, para implementar uma rede de cuidados às mulheres dando a estas direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito a um nascimento de forma segura e crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) o início precoce do pré-natal, antes da 12ª semana de gestação, é fundamental para que seja oferecida uma assistência adequada e de qualidade. Com relação ao número de consultas durante a gestação, ainda não há uma definição exata, porém segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o ideal seriam 6 ou mais consultas, sendo consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais de 36 a 41 semanas de gestação.

A assistência ao pré-natal acontece por meio de consultas acolhedoras, ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; de detecção precoce de agravos,

de doenças e de situações de risco gestacional; do estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do acesso facilitado aos serviços de saúde de qualidade. Esta assistência pré-natal é fundamental para o desenvolvimento de uma atenção de qualidade à saúde das mulheres no período da gestação, parto e puerpério (VIELLAS et al, 2014).

2.4 O Pré-natal da Mulher Indígena

Na cultura indígena, a gestante é acompanhada pela família e pelas parteiras, pajés, rezadores e raizeiros, considerados especialistas tradicionais. Estas parteiras indígenas muitas vezes são as mães, tias ou avós das gestantes e desempenham um papel fundamental no acompanhamento do pré-natal. No Ministério da Saúde, existe o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que tem como objetivo a valorização do trabalho desenvolvido por estas mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2016), a medicina tradicional vem perdendo a força devido ao uso crescente da biomedicina. Assim sendo, a equipe de saúde também participa do cuidado da gestante indígena através das consultas de pré-natal.

Igansi e Zatti (2018) ressaltam que a partir da Portaria nº 570, que institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde, publicada dia 1º de junho de 2000 em Brasília – DF, o Estado e o Município têm o dever de proporcionar a todas as mulheres grávidas, meios para que estas realizem o pré-natal, com atendimentos dignos e de qualidade, com direito de conhecer e ter acesso à maternidade em que será atendida, e ainda direito à assistência ao parto e ao puerpério.

Para o bom desenvolvimento do pré-natal na comunidade indígena, Igansi e Zatti (2018) relatam ser de extrema importância que o profissional da saúde conheça as especificidades culturais que envolvem a gestante a ser atendida, a fim de desempenhar as intervenções necessárias no seu atendimento pré-natal.

A competência cultural, atributo derivado da Atenção Primária, pode ser definida como a habilidade de prestar o cuidado de maneira integral, levando em conta as particularidades que envolvem o usuário, como suas crenças e práticas culturais. Considerar essas especificidades, contribui para o desenvolvimento de uma “conexão” entre a equipe de saúde e a população assistida (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019).

Para uma boa avaliação da qualidade do pré-natal, evitando falhas na assistência, deve-se levar em conta critérios como: as dificuldades no acesso, o início tardio do

acompanhamento pré-natal, o número inadequado de consultas e a realização incompleta dos procedimentos preconizados. Além destes, Nunes et al (2017) falam ainda sobre a falta de vínculo entre os serviços de assistência ao pré-natal e os locais de realização do parto, provocando muitas vezes incerteza na gestante sobre qual local procurar durante o trabalho de parto, trazendo riscos desnecessários à saúde de mãe e filho.

Embora a cobertura da atenção pré-natal tenha aumentado consideravelmente no Brasil (superior a 90%), podemos dizer que ainda é elevado o nível de inadequação e diferenças regionais e sociais na cobertura e na qualidade dos serviços ofertados (NUNES et al, 2017).

Coimbra Jr e Garnelo (2003) enfatizam que a falta de dados estatísticos confiáveis relacionados à saúde indígena gera um desperdício dos recursos destinados a este público, bem como impossibilita a utilização destes dados para o planejamento e avaliação das ações realizadas.

2.5 O ACS e o Pré-natal

A Política Nacional de Humanização (PNH) cita o processo de acolhimento realizado nas unidades de saúde como forma de proporcionar atenção à saúde da população assistida e ainda construir vínculo entre o usuário e o profissional. Quando o acolhimento tem como alvo as gestantes, ele carrega consigo a responsabilidade de garantir atenção de maneira integral através da escuta qualificada, do fortalecimento do vínculo e da avaliação das vulnerabilidades apresentadas por cada gestante acompanhada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Para o Ministério da Saúde (2016), para que haja uma adequada assistência à saúde da gestante, é fundamental que as atribuições de cada profissional sejam bem definidas e de fácil aplicação. O agente comunitário de saúde apresenta como responsabilidades a orientação da gestante e de sua família sobre a importância do pré-natal; a realização de visitas domiciliares para a identificação das gestantes; o encaminhamento de toda gestante ao serviço de saúde de forma precoce e o monitoramento do agendamento das consultas de pré-natal; a realização do cadastramento das gestantes de sua área de abrangência; o acompanhamento das gestantes que não realizam suas consultas de pré-natal na unidade de saúde; a orientação das gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas; a manutenção da comunicação ativa com o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe, para informar sobre possíveis sinais de alarme; a identificação de situações de risco e vulnerabilidade; e a

realização de visitas domiciliares mensalmente durante o período gestacional e também no puerpério.

2.6 Metodologia de Ensino

2.6.1 Educação Permanente

Segundo o Ministério da Saúde (2018), a educação permanente pode ser caracterizada como o aprendizado adquirido no cotidiano do trabalho, durante as ações e serviços desenvolvidos, possibilitando a mudança nas práticas profissionais. Este aprendizado deve ser capaz de gerar reflexão sobre o processo de trabalho e provocar mudança nas práticas em serviço.

O ACS visto como "elo" entre o usuário e o serviço de saúde, desempenha função fundamental no encaminhamento de demandas individuais e coletivas, no repasse sobre a situação de saúde de cada morador do seu território e também na promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Queiroz, Silva e Oliveira (2014), pontuam ainda que a formação do ACS, profissional tão importante para as práticas na unidade de saúde, é fundamental e deve ser desenvolvida por meio de processos pedagógicos que colaborem para ampliar a qualidade do trabalho desempenhado por eles.

Vale ressaltar também que é uma das atribuições do enfermeiro, além de supervisionar e coordenar a equipe, realizar atividades de educação permanente com os ACS a fim de qualificar o trabalho desses profissionais (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

2.6.2 O Arco de Maguerez

Considerado um dos primeiros referenciais teóricos que colaboraram com a construção da metodologia da problematização e uma importante metodologia ativa utilizada em educação permanente, o Arco de Maguerez tornou-se público após a publicação do livro *Estratégias de ensino-aprendizagem* no ano de 1977. Esta ferramenta, que se desenvolve com base na realidade local encontrada, contém cinco etapas: 1ª a observação da realidade e a identificação do problema, 2ª a determinação dos pontos-chave, 3ª a teorização, 4ª o levantamento de hipóteses de solução e 5ª a aplicação prática à realidade (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

Villardi, Cyrino e Berbel (2015) falam ainda que a implementação das etapas do arco de Maguerez com a metodologia da problematização, colaboram na construção de uma visão

lógica entre o problema encontrado e a ação desenvolvida, possibilitando a observação e a identificação da realidade, frente à teorização a fim de criar hipóteses de solução e colocá-las em prática.

3 METODOLOGIA

3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família localizada em Campo Grande/MS. Esta Unidade de Saúde da Família (USF) abrange um território de cerca de 12.300 pessoas, sendo dividida em três equipes de saúde da família, três equipes de saúde bucal e uma equipe do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Uma das equipes de saúde da família é responsável pelo atendimento de aproximadamente 4.290 usuários e possui como diferencial a lotação da Aldeia Urbana Água Bonita em seu território de abrangência, onde vivem cerca de 100 famílias indígenas.

Com a finalidade de facilitar o acesso e atender a população de maneira integral, esta USF atende com o incentivo do programa Saúde na Hora, no formato de horário estendido com atendimentos ofertados das 07h às 19h, sem intervalo para almoço.

Esta unidade de saúde desenvolve seus atendimentos contando com uma equipe multiprofissional, composta por Enfermeiros, Médicos, Farmacêutico, Odontólogos, Assistente Social, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), além do quadro de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Conta ainda com profissionais dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade.

O território possui algumas vulnerabilidades sociais, como a baixa renda e escolaridade, moradia não própria e a Aldeia Urbana Água Bonita, onde nem todos os moradores possuem casa de alvenaria e saneamento básico. O fato de a população deste território frequentemente mudar de domicílio devido a casas de aluguel e trocar de número de telefone dificulta o contato tanto por meio de visitas domiciliares quanto por telefone, dificultando a vigilância em saúde realizada pelos profissionais da equipe

3.2 Público-alvo

O público-alvo deste estudo foram os 7 (sete) Agentes Comunitários de Saúde lotados em uma equipe de saúde da USF localizada em Campo Grande/MS.

3.3 Plano de Ação

O plano de ação foi elaborado com base no resultado de um levantamento de informações sobre o conhecimento do agente comunitário de saúde (ACS) frente à

importância da adesão das gestantes indígenas às consultas de pré-natal, utilizando as etapas do Arco de Maguerz como referencial metodológico.

Foi realizado um projeto de intervenção através da educação permanente destinada aos ACS para a captação precoce das gestantes indígenas e para o estímulo destas a adesão ao pré-natal.

Os ACS foram escolhidos como público-alvo, visto que eles são detentores de grande quantidade de informações sobre a população adstrita e ainda porque são capazes de formar vínculos com o usuário, ampliando assim a rede de cuidado, tendo papel fundamental na captação precoce da gestante para o início do pré-natal e nas orientações sobre cuidados durante a gestação.

Devido ao curto período para implementação deste projeto de intervenção, não foi possível abranger a educação permanente para os demais profissionais pertencentes à equipe de saúde e nem para os demais servidores, o que se faz necessário visto que todos são responsáveis pelo cuidado integral das gestantes indígenas atendidas na USF.

Quadro 1: Plano de Ação

Problema	Baixa adesão das gestantes indígenas as consultas de pré-natal
Ações	Oficina de Educação permanente
Público-alvo	Agentes Comunitários de Saúde
Causas encontradas	- Grande número de mulheres em busca de Teste Rápido de Gravidez - Alta taxa de gravidez e curtos intervalos intergenésicos entre as indígenas do território - Início tardio (após a 12ª semana de gestação) do pré-natal - Absenteísmo das gestantes indígenas nas consultas de pré-natal
Temas a serem abordados (Educação Permanente)	- Importância do pré-natal - Fluxograma de atendimento da gestante disponibilizado pela SESAU (ANEXO B) - Acolhimento no pré-natal com foco nas gestantes indígenas - Protocolo de trabalho dos ACS e o preenchimento adequado da Ficha de Atendimento Individual (ANEXOS C e D)
Profissionais responsáveis	Enfermeira Residente responsável pelo estudo
Cronograma do Projeto de Intervenção	1ª etapa: Observação da realidade

	2 ^a etapa: Determinação dos pontos chaves
	3 ^a etapa: Teorização - Educação Permanente
	4 ^a etapa: Levantamento de hipóteses de solução
	5 ^a etapa: Aplicação à realidade

3.3.1 Etapas do Projeto de Intervenção

O projeto foi dividido em etapas para melhor aproveitamento dos envolvidos e realizado na própria unidade de saúde a fim de garantir a participação de todos os ACS.

Os encontros aconteceram uma vez por semana, durante 3 semanas consecutivas. Cada encontro durou aproximadamente uma hora e contou com a participação dos sete ACS lotados na equipe de saúde e da Enfermeira Residente responsável pelo estudo.

1^a etapa: Observação da realidade

Nesta primeira etapa foi realizada uma roda de conversa com os ACS durante a reunião de equipe para apresentar o problema identificado na baixa adesão das gestantes indígenas à consulta de pré-natal.

2^a etapa: Determinação dos pontos chaves

Ainda durante a roda de conversa realizada no primeiro encontro, os ACS pontuaram sobre os temas identificados como pontos chaves da baixa taxa de adesão das gestantes indígenas ao pré-natal oferecido na USF. Com o auxílio de papel sulfite e caneta foram anotados os temas apresentados, dentre eles estavam a alta incidência de gravidez entre as indígenas e o curto intervalo entre as gestações, o início tardio do pré-natal (após a 12^a semana de gestação) e o absenteísmo nas consultas agendadas.

3^a etapa: Teorização - Educação Permanente

Esta etapa, caracterizada pelo suporte teórico-científico, ocorreu no segundo encontro com duração de cerca de uma hora e trinta minutos, onde foram repassadas informações sobre a importância do pré-natal; o fluxograma de atendimento da gestante disponibilizado pela SESAU (ANEXO B) com o número adequado de consultas, intervalos entre as consultas dependendo da idade gestacional, exames necessários, calendário vacinal, consulta odontológica, uso correto do Ácido Fólico e Sulfato Ferroso durante a gestação e os sinais de alarme; o acolhimento no pré-natal com foco nas gestantes indígenas, desde a descoberta da gravidez até a consulta do 5^o dia após o parto; o protocolo de trabalho do ACS relacionado à

Saúde da Mulher (ANEXO C) e o preenchimento adequado da Ficha de Cadastro Individual (ANEXO D), utilizada para registrar as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território; e a necessidade de cadastro e vinculação corretos da gestante Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS Atenção Básica.

Para a realização desta etapa, foi utilizada como ferramenta de educação em saúde uma breve apresentação em slides abordando as informações citadas acima de maneira clara, utilizando palavras de fácil compreensão e direcionadas ao serviço realizado pelo ACS.

A cada tópico que ia sendo apresentado pela Enfermeira Residente, havia um curto momento de discussão antes de passar para o próximo assunto, a fim de sanar todas as possíveis dúvidas dos participantes.

Após a apresentação dos slides foi aberto um espaço para que todos os agentes comunitários de saúde falassem sobre o conteúdo abordado e quais os pontos positivos da apresentação; houve ainda pontuação de algumas ideias para melhorar a apresentação realizada.

4ª etapa: Levantamento de hipóteses de solução

A quarta etapa, que aconteceu no terceiro encontro, refere-se à construção de meios viáveis para resolver o problema identificado.

Com base na educação permanente realizada e na realidade vivida, foram levantadas possíveis intervenções a serem realizadas pelos ACS na captação precoce das gestantes indígenas, no cadastro correto das gestantes moradoras de sua área de abrangência, na busca ativa das gestantes faltosas, na formação de vínculo com a gestante indígena assistida e ainda algumas sugestões para aumentar a taxa de adesão das gestantes indígenas ao pré-natal, como roda de conversa por meio de grupos de gestantes indígenas com encontros sendo realizados pelo menos uma vez ao mês, dentro da Aldeia Água Bonita; busca ativa das gestantes faltosas através de atendimento pré-natal domiciliar e construção de planilhas de acompanhamento das gestantes, com o intuito de verificar e acompanhar a idade gestacional, data provável de parto, número de consultas e exames realizados e ainda verificar a taxa de absenteísmo nas consultas agendadas.

5ª etapa: Aplicação à realidade

Ainda durante o terceiro encontro, ocorreu a última fase do projeto. Nesta etapa é importante refletir sobre as possibilidades de solução do problema apresentado e considerar as mais

plausíveis no momento, elencando por ordem de aplicabilidade as que serão empregadas na prática.

Até a finalização deste estudo foi possível realizar algumas visitas domiciliares para busca ativa de gestantes faltosas e também foi criada uma planilha no Google Drive do e-mail da USF para acompanhamento das gestantes atendidas pela equipe de saúde.

3.4 Avaliação e Monitoramento

A educação permanente realizada com os ACS teve efeito positivo na busca ativa das gestantes faltosas e também na compreensão da importância das consultas de pré-natal como forma de promoção da saúde, prevenção de agravos e, ainda, como meio de construção de vínculo entre a gestante indígena e o profissional da saúde, tornando mais fácil o diálogo entre estes sujeitos.

4 RESULTADOS ALCANÇADOS

A partir do estudo realizado notou-se um olhar mais atencioso dos ACS para com as gestantes acompanhadas, de forma que a visita domiciliar mensal começou a ser repassada para a enfermeira residente lotada na equipe com detalhes de informações antes não pontuadas, como a situação do calendário vacinal, a realização de exames laboratoriais e de ultrassonografia, o número de consultas médicas e de enfermagem, dentre outras. Foi ainda percebido um vínculo maior entre os ACS e a enfermeira, visto que ambos estão empenhados no acompanhamento integral da gestante indígena.

Houve também uma melhora significativa na busca ativa das gestantes faltosas e um aumento na solicitação de agendamento de consultas de pré-natal quando elas não compareciam.

Ainda que alguns resultados positivos já puderam ser visualizados, sabe-se que a vigilância em saúde destinada às gestantes indígenas deve ser realizada diariamente, com monitoramento contínuo, atividades de educação em saúde, pactuações e reflexões sobre as atividades realizadas para avaliação de sua efetividade e realização de mudanças necessárias.

Para tanto, é fundamental que todos os membros da equipe de saúde participem do processo de planejamento de cuidado destinado às gestantes e ainda possam contribuir para melhoria do processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos neste cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado buscou contribuir na promoção da saúde das gestantes indígenas que realizam suas consultas de pré-natal em uma USF situada em Campo Grande/MS através do aprimoramento do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma equipe de saúde da família, por meio da educação permanente sobre este tema.

É sabido que a educação permanente como ferramenta de aprendizado deve ser frequentemente realizada com todos os profissionais da equipe de saúde envolvidos, porém a utilização desta ferramenta com os ACS se mostrou de grande importância, visto que estes profissionais são considerados um "elo" entre o usuário e o serviço de saúde, desempenhando função fundamental no repasse de informações sobre a situação de saúde de cada morador do seu território e também na promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde.

Apesar do curto período para implementação deste projeto de intervenção, foi possível constatar um efeito positivo na busca ativa das gestantes faltosas e também na compreensão da importância das consultas de pré-natal como forma de promoção da saúde, prevenção de agravos e ainda como meio de construção de vínculo entre a gestante indígena e o profissional da saúde, tornando mais fácil o diálogo entre estes sujeitos.

A partir do exposto, podemos observar que a adesão das gestantes indígenas as consultas de pré-natal oferecidas na unidade de saúde depende da ação de vários atores, cada qual com seu papel e todos com objetivo de promover saúde e cuidado. Assim, é importante dar continuidade nas ações voltadas para o processo de educação em saúde com a participação de todos, uma vez que a incorporação de várias soluções contribui para a atenção integral.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, V.B.A., FERREIRA, M.L.S.M, BARBOSA, P.M.K. **Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde.** Revista Gaúcha Enfermagem, 33(1): 56-63. Porto Alegre, 2012.

COIMBRA JR, C.E.A.; GARNELO, L. **Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil.** Documento de Trabalho no. 7. Centro de Estudo em Saúde do Índio de Rondônia – CESIR. Escola Nacional de Saúde Pública. Porto Velho, 2003.

COSTA, M.C. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades.** Anais Brasileiros de Dermatologia. 85(6):767-85. Rio de Janeiro, 2010.

FERREIRA, L.O. **Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Ciência saúde coletiva 18 (4). Rio de Janeiro, 2013.

GARNELO, L et al. **Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas.** Caderno de Saúde Pública, v.35. Sup2: e 00181318. Rio de Janeiro, 2019.

GOMES, R.M. **A Saúde do indígena terena na aldeia urbana Água Bonita: um desafio para o desenvolvimento local.** Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) - Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2011.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. DE O.; PESSOA, B. H. S.. **Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. Rev. bras. educ. med., 2019 43(1) suppl 1, 2019.

IGANSI, M.L.; ZATTI, C.A. **Gestação: Conhecendo a Realidade das Aldeias Indígenas no Brasil.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 23, n. 1, p. 48-52, 2018.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2010. Características gerais dos indígenas. Resultados do universo.** ISSN 0104-3145. Censo demográfico, p.1- 245. Rio de Janeiro, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 318 p.: il. – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Área Temática III – AIS. **Ações de Prevenção a Agravos e Doenças e de Recuperação da Saúde dos Povos Indígenas. Saúde da Família Indígena.** Unidade I. Volume 2. Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Brasília, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. – 73 p. : il. Brasília, 2018.

MORSELLI LO RÉ, M.; NASCIMENTO, A.C.A.S.; FONSECA, M.R.C.C. **Caracterização da assistência pré-natal no Brasil segundo diferenças regionais e fatores associados às características maternas.** Research, Society and Development, v.11, n.4, e11111427180, 2022.

NUNES, A.D.S. et al. **Acesso à Assistência Pré-Natal No Brasil: Análise Dos Dados Da Pesquisa Nacional De Saúde.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 30(3): 1-10. Fortaleza, 2017.

QUAIATO, R.L. **Construindo Estratégias para o Fortalecimento do Pré-natal e Captação Precoce das Gestantes do Polo Base Campo Formoso no DSEI Leste de Roraima.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Indígena, da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2017.

QUEIROZ, D.M; SILVA, M.R.F.; OLIVEIRA, L.C. **Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteadada pelo referencial da Educação Popular e Saúde.** Interface. 18 Supl 2:1199-1210. Botucatu/SP, 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA. **Fluxograma de Assistência de Enfermagem nos Ciclos de Vida. Revisão/Versão 02.** Campo Grande/MS, 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA. SUPERINTENDÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO SAÚDE. COORDENADORIA DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA. **Protocolo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.** Campo Grande/MS, 2020.

SILVA, L.F.B.L.; BERNARDELLI. M.L.F.H. **A constituição da comunidade urbana Água Bonita em Campo Grande – MS: territorialidade e identidade indígena.** XVIII Encontro Nacional de Geógrafos. A construção do Brasil: geografia, ação política e demografia. São Luis/MA, 2016.

VIELLAS, E.F. et al. **Assistência pré-natal no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, 30 Sup:S85-S100. Rio de Janeiro, 2014.

VILLARDI, M.L., CYRINO, E.G. e BERBEL, N.A.N. **A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades.** Editora UNESP. Cultura Acadêmica, pp. 45-52. ISBN 978-85-7983-662-6. São Paulo, 2015.

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

0053/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a) Eudinei Soares de Oliveira, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 035.638.691-03, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 001.669.882, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Cláudio Inocêncio da Costa, Nº 1000, Bairro: Três Barras, nesta Capital, telefone nº. (67)98118-7731 pesquisador (a) do Curso de Specialização Saúde do Família da Instituição SESAU/FIOCRUZ com o título do Projeto de Pesquisa: "Gestantes Indígenas: um Estudo sobre a Adesão ao Pré-Natal Oferecido na USF Vida Nova", orientado (a) pela Professor (a) Carla Marceli F. de Melo inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 013.743.531-24, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 11.081.824, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. R. Dr. Bezerra de Menezes Nº. 594, Bairro: Vila Planalto, nesta cidade, telefone nº. 942085432 professor (a) e pesquisador (a) do Curso de Graduação em Saúde da Família Instituição FIOCRUZ/SESAU.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 30 de junho de 2022.

Eudinei Soares de Oliveira
Pesquisador (a)

Carla Marceli Ferreira de Melo
Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
 Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
 Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
 O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 30 de junho de 2022.

Eduarda Sorcha de Oliveira

Pesquisador (a)

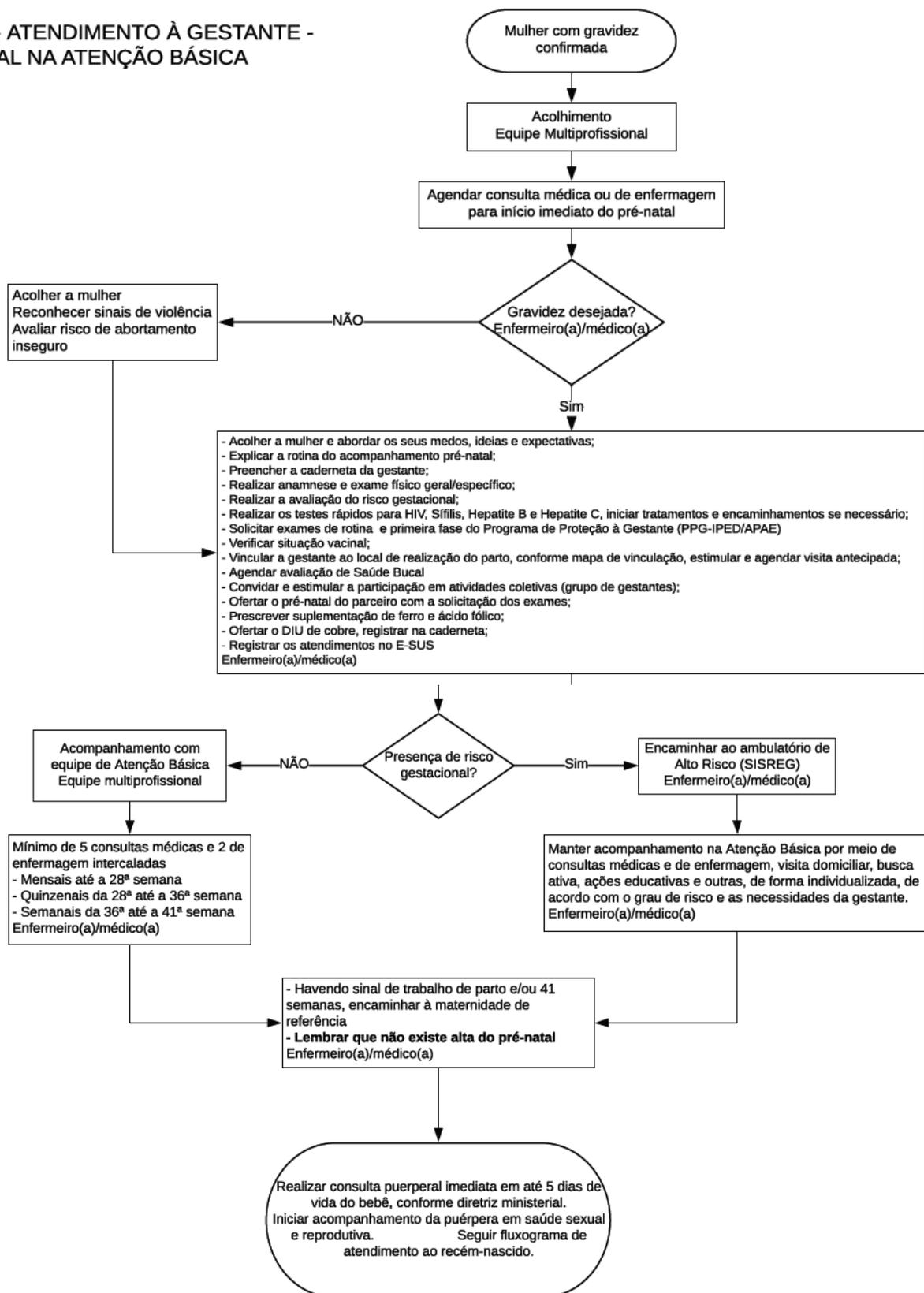
Yester Marcelle Ferreira de Melo

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
 Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
 Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO B - FLUXOGRAMA ATENDIMENTO À GESTANTE - PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

1 - ATENDIMENTO À GESTANTE - PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA



Rotina de pré-natal:

1º trimestre:

Hemograma completo, glicemia de jejum, testes rápidos (HIV, sífilis, hep B e hep C), parasitológico de fezes, tipagem sanguínea e fator Rh (solicitar Coombs Indireto, se for Rh negativo e parceiro Rh positivo ou desconhecido), urina tipo I, urocultura, ultrassonografia obstétrica (preferencialmente entre 11ª até a 20ª semana) e citologia oncótica, se necessário, conforme diretriz ministerial. Primeira fase do Programa de Proteção à Gestante (PPG).

PRESCRIÇÃO: Sulfato Ferroso 40 mg/dia, 1h antes do almoço, a partir da primeira consulta até 3 meses após o parto.

PRESCRIÇÃO: Ácido fólico 5 mg/dia até o final do 1º trimestre. (Preferencialmente com início 90 dias antes da concepção).

2º trimestre:

Repetir Urina tipo I e urocultura, Coombs Indireto (nas gestantes Rh negativos e parceiro Rh positivo ou desconhecido). Caso o Coombs Indireto resulte negativo, ele deve ser novamente solicitado a cada 4 semanas, após a 24ª semana gestacional). Avaliação Vacinal em todas as consultas - **atentar-se** para o calendário vacinal da gestante: vacina **dTpa a partir da 20ª semana gestacional**.

3º trimestre:

A partir da 28ª semana de gestação, solicitar: hemograma, glicemia de jejum, testes rápidos (HIV, sífilis, hep. B e hep. C), segunda fase do Programa de Proteção à Gestante (PPG), urina tipo I, urocultura e ultrassonografia obstétrica.

Caderneta da gestante:

Incentivar a leitura, possui informações claras sobre: Direitos civis e trabalhistas; Lei do Acompanhante nº 11.108/2005; Bom atendimento de pré-natal e boas práticas do parto; Planejamento reprodutivo; Sinais do trabalho de parto; Amamentação E dentre outros.

Pré-natal do Parceiro:

Estimular a participação do parceiro. Solicitar os exames: Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter Rh negativo), testes rápidos (HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C), Hemograma, Colesterol total e frações, triglicérides e glicemia de jejum.

(Ver SESAU.FLUX.HOMEM.02 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL DO PARCEIRO - Página 66)

Vacinação da gestante:

Dupla Adulto (dT) e Hepatite B - 1ª consulta: 1ª dose de Dupla Adulto e Hepatite B.

Após 60 dias: 2ª dose de Dupla Adulto e Hepatite B. Após 120 dias: 3ª dose de Dupla Adulto e Hepatite B. Naquelas já imunizadas adequadamente com última dose há mais de 5 anos fazer dose de reforço. DTPa, deverá ser ofertada a partir da 20ª semana de idade gestacional, em todas as gestações, mesmo se anuais. Influenza - Em qualquer fase da gestação e no Puerpério.

Sinais de alerta:

Perdas Vaginais (sangramento e perda de líquido); cefaleia; nalgia, escotomas visuais (em especial os cintilantes); epigastralgia; edema excessivo; contrações regulares; diminuição da movimentação fetal; febre; dor em baixo ventre (de forte intensidade); dispneia, cansaço e exantema. Quando houver identificação destes sinais de alerta, informar a gestante e sua parceria a buscar atendimento na maternidade de referência informada na primeira consulta e anotada na Caderneta da Gestante. (Conforme Mapa de Vinculação vigente no Município).

ANEXO C - PROTOCOLO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5.3 O trabalho do ACS relacionado à Saúde da Mulher

I. Verificar a situação vacinal e encaminhar à Unidade de Saúde os casos de vacina em atraso;

II. Identificar/orientar sobre o uso de tabaco, álcool e outras drogas;

III. Orientar sobre atividade física, alimentação saudável e hábitos saudáveis;

IV. Orientar quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/AIDS e possibilidade de testagem rápida na própria unidade de saúde;

V. Verificar se possui alguma deficiência (registrar o tipo: visual, auditiva, física, intelectual/cognitiva), se é totalmente dependente nas atividades diárias, se necessita de acompanhamento mais frequente na Unidade de Saúde, se está em acompanhamento por alguma instituição;

VI. Identificar se apresenta algum problema de saúde e se faz uso contínuo de medicação (doenças agudas/crônicas, transtorno mental);

VII. Listar as mulheres da sua microárea com a faixa etária preconizada para a realização do exame de preventivo (de 25 a 64 anos) e para a realização da mamografia (50 a 69 anos), registrando a data da realização destes exames para informar a equipe;

VIII. Orientar quanto à realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme o preconizado: após dois exames NORMAIS CONSECUTIVOS, repetir o exame a cada 03 (três) anos e os cuidados para a realização do exame;

IX. Orientar a mulher sobre a importância da observação do seu corpo, em especial suas mamas, e auto palpação destas para torná-las mais conscientes do aspecto normal do seu corpo e identificação de possíveis alterações. Para mulheres acima de 50 anos, orientar a importância da realização de mamografia de rastreamento encaminhando-as à Unidade de Saúde;

X. Orientar sobre o Planejamento Sexual e Reprodutivo, oferta de métodos contraceptivos e atividades educativas sobre a temática na unidade e na Rede Municipal de Saúde para todas as mulheres em idade fértil da sua microárea;

XI. Identificar/ encaminhar à Unidade as mulheres com suspeita de gravidez (atraso menstrual, enjoos, tonturas) para a realização de testes rápidos de gravidez e avaliação profissional;

XII. Acompanhar todas as gestantes mensalmente, verificando a assiduidade nas consultas de pré-natal por meio da avaliação da caderneta (número de consultas e vacinação, por exemplo) seja com o médico, enfermeiro e dentista e nas consultas de Alto Risco (se for o caso), a realização dos exames de rotina, o agendamento da próxima consulta, mantendo sempre a equipe informada;

- XIII. Orientar a puérpera quanto ao retorno à Unidade para a consulta de puerpério, juntamente com o recém-nascido, até o 5º dia após o parto;
- XIV. Estimular a amamentação, caso não haja contraindicações, explicando suas vantagens, posição e pega adequada da mamada;
- XV. Identificar as puérperas com dificuldade de amamentação, orientando a mesma a realização de consultas com o enfermeiro e/ou médico da unidade;
- XVI. Orientar a possibilidade de doação de leite materno informando o contato dos bancos de leite do município;
- XVII. Dar orientações sobre a menopausa e climatério e possibilidade de consulta e avaliação profissional para o quadro;
- XVIII. Orientar quanto à saúde bucal (escovação, uso do fio dental, consultas odontológicas periódicas mesmo que não tenha sintomas). Encaminhar por escrito à Unidade de Saúde queixas como dor de dente, cáries, sangramento gengival, traumatismo dentário;
- XIX. Registrar as dúvidas mais frequentes e buscar informações antes mesmo de encaminhar o usuário a Unidade de Saúde, pois muitas situações podem ser resolvidas com as orientações do ACS;
- XX. Registrar as informações e repassar ao Enfermeiro os casos que necessitem de acompanhamento com maior frequência.

