



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CARLOS HENRIQUE FERREIRA BELTRAME

**ASSISTÊNCIA NEONATAL E PUERPERAL APÓS ALTA DA
MATERNIDADE NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
REGIONAL DE SAÚDE**

Londrina
2018

CARLOS HENRIQUE FERREIRA BELTRAME

**ASSISTÊNCIA NEONATAL E PUERPERAL APÓS ALTA DA
MATERNIDADE NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
REGIONAL DE SAÚDE**

Exame de Defesa/Dissertação apresentado(a)
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual de
Londrina (UEL), como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosângela Aparecida
Pimenta Ferrari

Londrina
2018

CARLOS HENRIQUE FERREIRA BELTRAME

**ASSISTÊNCIA NEONATAL E PUERPERAL APÓS ALTA DA
MATERNIDADE NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
REGIONAL DE SAÚDE**

Exame de Qualificação/Dissertação
apresentado ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Estadual de
Londrina (UEL), como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rosângela Ap. Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Alexandrina Ap. Maciel Cardelli
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Sebastião Caldeira
Universidade Estadual do Oeste do Paraná -
UNIOESTE

Londrina, 14 de dezembro de 2018.

Dedicatória

A Deus, por me dar forças para chegar até aqui, à minha família, por me inspirar a ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar incríveis oportunidades, me auxiliando nessa jornada acadêmica.

Agradeço aos meus pais por acreditar em mim, me proporcionar apoio, incentivo aos estudos e colaborando em todos os aspectos para a minha formação profissional.

Agradeço a minha Irmã Ariane pelo apoio durante a realização deste trabalho, me direcionando e ensinando na formatação.

Ao meu, companheiro Alex que sempre me apoiou desde o começo nesta caminhada, com muita sabedoria e proporcionou apoio em todos os momentos.

À minha orientadora Prof. Doutora Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, por investir, acreditar, agregar, confiar, direcionar, inspirar, ensinar e por amar. Amar a Deus e as pessoas que estão ao seu redor. Esse trabalho foi apenas uma pequena parte de tudo o que aprendi com você.

A Secretaria de Saúde do Município de Rolândia por facilitar nas horas que tive que sair para participar das aulas e meus amigos de trabalho pela compreensão e apoio na minha ausência.

A todos os acadêmicos envolvidos na construção deste estudo, principalmente aos meus colegas de mestrado e de doutorado que participaram desta pesquisa e foram peças fundamentais para concepção deste estudo.

Também agradeço a banca examinadora pela disponibilidade de participar desta importante etapa, além de suas contribuições para o exame de qualificação.

Aos professores, mestres, doutores, que contribuíram para o meu crescimento e amadurecimento científico.

Aos colegas do Mestrado de Enfermagem, por tornarem essa caminhada mais prazerosa e divertida.

BELTRAME, Carlos Henrique Ferreira. **Assistência neonatal e puerperal após alta da maternidade no Serviço de Atenção Primária em Regional de Saúde**. 2018. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Introdução: o coeficiente de mortalidade materna e infantil é considerado um dos principais indicadores para a avaliação do estado geral de saúde da população, principalmente no que diz respeito à qualidade da assistência. No intuito de enfrentar possíveis fragilidades dessa assistência, o Estado do Paraná, no ano de 2012 implantou o Programa Rede Mãe Paranaense que tem como objetivo um conjunto de ações que se inicia desde a captação precoce da gestante passando pela continuidade dos cuidados após a alta hospitalar da puérpera e do neonato e seguindo até a criança completar 1 ano de idade, em especial no primeiro mês pós-parto, por ser o período mais vulnerável. **Objetivo:** compreender a assistência neonatal e puerperal no serviço de atenção primária após alta de maternidades em uma Regional de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa tendo como eixo norteador a Fenomenologia Social de Alfred Schütz, realizado em quatro municípios da 17ª Regional de Saúde (RS), de Londrina, Paraná, Brasil, no período de março a setembro de 2018. **Resultados:** Participaram da pesquisa 23 mulheres e as características biográficas incluíram: idade entre 15 e 37 anos de idade, mais da metade cursou o ensino médio, a maioria vivia com companheiro, treze eram primíparas e dez múltiparas. No que se refere à assistência ao neonato pôde-se extrair nos discursos das mães os “motivos porque”: Compreensão sobre a Rede e o processo de cuidado na alta da maternidade; Primeira semana pós-parto: Rede de cuidado do recém-nascido no domicílio; Período neonatal: acompanhamento da criança na atenção primária e; os “motivos para que” emergiu uma categoria: Expectativas para o cuidado da criança na Rede. Quanto à assistência da puérpera após alta da maternidade apreendeu-se três categorias, sendo duas os “motivos porque”: Puerpério imediato na Rede: des(preparo) para a alta da maternidade e des(cuidado) na atenção primária; Puerpério tardio na Rede: des(continuidade) do cuidado da mulher; uma quanto aos “motivos para que” que versa sobre: O cuidado no período puerperal na Rede: expectativas maternas. **Conclusão:** as mulheres têm pouco conhecimento sobre o programa Rede Mãe Paranaense e, conseqüentemente, não conhecem seus direitos, a contrarreferência da maternidade para a atenção primária não atende o preconizado nas diretrizes da Rede, bem como o seguimento materno-infantil não é sistemático, portanto, remete para a exposição ao maior risco de agravos devido à restritas ações de promoção e prevenção.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Período pós-parto. Saúde materno-infantil. Avaliação de programas e projetos de saúde.

BELTRAME, Carlos Henrique Ferreira. **Neonatal and puerperal care after discharge from the maternity ward in the Primary Health Care Service in the HealthCare Regional Office.** 2018. 88 p. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

Introduction: the coefficient of maternal and infant mortality is considered as one of the main indicators for assessing the general health status of the population, especially regarding quality of care. In order to address possible weaknesses in this assistance, the State of Paraná implemented the Paraná Mother Network Program in 2012, which aims to initiate a series of actions beginning with the early capture of the pregnant woman and to extend the continuity of care after hospital discharge of the puerperal woman and the neonate, followed until the child reaches 1 year of age, especially in the first month postpartum, being the most vulnerable period. **Objective:** to understand the neonatal and puerperal care after discharge from the maternity ward in the Primary Health Care Service. **Method:** this is a qualitative study based on Alfred Schütz's Social Phenomenology, conducted in four municipalities of the 17th Health Care Regional Office, Londrina, Paraná, Brazil, from March to September 2018. **Results:** Twenty-three women participated in the study and the biographical characteristics included: age between 15 and 37 years old, more than half had attended high school, the majority lived with a partner, thirteen were primiparous and ten multiparous. With regard to the care of the newborn, the "reasons why" could be extracted in the mothers' speeches: Understanding about the Network and the process of care in the discharge of maternity; First week postpartum: Care network of the newborn at home; Neonatal period: follow-up of the child in primary care and; the "reasons for that" emerged a category Expectations for child care on the Net. Regarding the assistance of the puerperal woman after discharge from maternity, three categories were seized, two on the "reasons why": immediate puerperium in the Network: un(prepared) for the discharge of maternity and (care)less in primary care; Late puerperium in the Network: dis(continuity) of women's care in primary care. And one as to the "reasons for that" regarding the care in the puerperal period in the Network: maternal expectations. **Conclusion:** women have little knowledge about the Paraná Mother Network Program and consequently do not know their rights. The counter-referral of maternity to primary care does not meet the guidelines of the Network, as well as maternal and child follow-up is not systematic, therefore, it refers to the exposure to greater risk of injuries due to the restricted promotion and prevention actions carried out by professionals.

Keywords: Primary health care. Postpartum Period. Maternal and child health. Program evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
AR	Alto Risco
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Saúde
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IHAC	Iniciativa do Hospital Amigo da Criança
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da criança
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHPN	Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRMP	Programa Rede Mãe Paranaense
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RH	Risco Habitual
RI	Risco Intermediário
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMP	Rede Mãe Paranaense
RS	Regionais de Saúde
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	Secretaria de Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
Sisprenatal	Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UAP	Unidade de Atenção Primária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-Oeste
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO	15
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15
2.1.1 A Estratégia Saúde da Família	16
2.2 Os PROGRAMAS MATERNO-INFANTIS NO BRASIL.....	17
2.3 Redes de Atenção à Saúde.....	20
2.3.1 Rede Cegonha	23
2.3.2 Rede Mãe Paranaense.....	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO	29
4 OBJETIVO GERAL	33
5 MÉTODO	34
5.1 TIPO DE ESTUDO	34
5.2 LOCAL DO ESTUDO	35
5.3 SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	35
5.4 OBTENÇÃO DOS DADOS	36
5.5 ANÁLISE DO MATERIAL.....	37
5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	39
6 REFERENCIAS	40
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
7.1 MANUSCRITO 1	48
7.2 MANUSCRITO 2	66
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
APÊNDICES	82
APÊNDICE A – Roteiro Semi-estruturado	83
APÊNDICE B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido.....	83
ANEXOS	85
ANEXO A.....	85
ANEXO B – Parecer comitê de ética	86

APRESENTAÇÃO

No final de 2006, finalizei o Curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – na cidade de Guarapuava, Paraná.

Com o término do curso, retornei para a cidade dos meus pais e, dois meses após, iniciei meu primeiro emprego na área. Trabalhei no Hospital Municipal desse município, e comecei a cursar minha primeira pós-graduação na Universidade Estadual de Londrina (UEL), na área de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (2007).

Em 2009 tive a oportunidade de iniciar a carreira acadêmica como professor e coordenador do curso Técnico em Enfermagem pelo Estado do Paraná, no Colégio Estadual Barbosa Ferraz em Ivaiporã. Em 2012, comecei minha segunda pós-graduação em Educação Especial. No mesmo ano fui convocado no concurso na cidade de Rolândia/PR, para atuar no Programa Saúde da Família (PSF) e me mudei para Londrina.

Em 2014, atuando no PSF, iniciei a terceira pós-graduação, em Saúde Coletiva. Também fui professor no Curso Técnico do Colégio de Aplicação Pedagógica da UEL, assumindo as disciplinas de Saúde da Criança e Saúde da Mulher.

Em 2016, com meu trabalho e profissão consolidado, já passado período probatório, comecei a pensar que já estava na hora de dar um passo mais amplo em minha carreira. Foi quando decidi fazer a seleção para o Mestrado em Enfermagem. Comecei a me preparar para o processo e, consegui ser aprovado. Ao iniciar os estudos fui apresentado a minha orientadora a Prof. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, mais não nos conhecíamos até então, por eu ter vindo de outra academia. No processo de escolha de qual projeto fazer parte, não tive dúvida nenhuma e optei pelo Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), pois estava totalmente relacionado com meu trabalho e praticamente todas as atividades do meu dia a dia. Agora estou aqui prestes a encerrar mais uma etapa de minha vida e pronto para enfrentar novos sonhos e desafios.

1 INTRODUÇÃO

O coeficiente de mortalidade materna e infantil é considerado um dos principais indicadores para a avaliação do estado geral de saúde da população, principalmente no que diz respeito à qualidade da assistência. Esforços mundiais para baixar esses indicadores têm sido desenvolvidos por órgãos como Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial de Saúde (OMS) (FEITOSA, 2015).

No Brasil e, em todas as unidades da Federação, houve redução na Razão de Mortalidade Materna (RMM) e na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Entre os anos de 1990 e 2015 a TMI diminuiu de 47,1 para 13,8 óbitos infantis por mil nascidos vivos. Isso representou uma queda de 70% e fez com que o país alcançasse a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que consistia no compromisso dos governos integrantes das Nações Unidas de melhorar a saúde deste grupo etário e reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2018).

Já, a RMM, no mesmo período, reduziu de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. Apesar dos avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde, o Brasil não conseguiu atingir o 5º ODM que consistia em melhorar a saúde das gestantes, cuja meta era atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2018).

No entanto, o enfrentamento à mortalidade materna permanecerá na agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional e, entre os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma de suas metas é reduzir à razão da mortalidade materna global, sendo que no caso do Brasil, a meta para 2030 é aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2015)

No intuito de enfrentar as fragilidades da assistência materno-infantil existentes no país, reduzir a mortalidade e melhorar a atenção à saúde das gestantes e da criança, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2011, a Rede Cegonha que foi incorporada em todo o território nacional de acordo com suas individualidades e diversidades. No Estado do Paraná, a implantação desta Rede, se deu por meio da criação do Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), no ano de 2012 (PARANÁ, 2018).

O PRMP está envolto em um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o acompanhamento no pré-natal, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, entre outras e, deve-se estender a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar da puérpera e do neonato, seguindo até a criança completar 1 ano de idade (PARANÁ, 2018).

Neste contexto, realizar o acompanhamento da puérpera e do neonato nos primeiros dias de vida é de suma importância, por ser tratar de um período mais vulnerável em que se concentram os mais altos índices de óbito infantil (BRASIL, 2004).

A identificação dos fatores de risco para a mortalidade materna e infantil é fundamental para orientar o planejamento das ações para a mudança desses indicadores (PARANÁ, 2018).

Partindo deste princípio, a linha guia do PRMP traz ações que devem ser desenvolvidas pela equipe da Unidade de Atenção Primária (UAP) no que tange ao período neonatal e puerperal. Entre essas ações podemos citar: observar o estado geral da mãe; verificar o estado geral da criança e sinais de alerta que indicam perigo à saúde da criança e necessidade urgente de encaminhamento a atendimento médico; orientar sobre o aleitamento materno; orientar cuidados de higiene e com o coto umbilical; orientar sobre a consulta do puerpério e de acompanhamento da criança na UAP, que deverá ser até o 10º dia após o parto; avaliar a Carteira de Saúde da Criança quanto às condições de nascimento, intercorrências hospitalares, realização/agendamento dos testes de triagem neonatal (Pezinho, Olhinho, Orelhinha e Coraçõzinho) e aplicação da vacina hepatite B ao nascer e BCG (PARANÁ, 2018).

Sendo assim, fundamentando-se no conhecimento da importância em se realizar essas ações descritas e acreditando que elas podem refletir na redução da morbimortalidade materna e infantil, este estudo pretende responder a seguinte pergunta: Como é a assistência prestada ao neonato e a puérpera no serviço de Atenção Primária após alta das maternidades.

2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O relatório Dawson foi um documento elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920, o qual já mencionava os Centros de Atenção Primária à Saúde (APS). Ele foi um dos primeiros documentos a utilizar o conceito, tendo em vista a organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e com uma área de abrangência definida (STARFIELD, 2002; LAVRAS, 2011). No entanto, foi na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, na Alma-Ata, em 1978, que o termo se destacou (WHO, 1978).

Starfield (2002), diz que a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a atender suas necessidades de saúde, e que ela coordena os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Ressalta ainda que a APS é fundamentada em princípios como acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e comunitária.

No Brasil, com o surgimento dos Centros de Saúde Escolas, em 1920, até dias atuais, diversas tentativas de se organizar a APS foram realizados. Mais do que isso, diversos modelos foram configurados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas. Outra iniciativa que deve ser destacada é a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1960, que teve forte atuação nas Regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, voltada predominantemente à atenção materno-infantil e ao desenvolvimento da saúde pública (LAVRAS, 2011).

Com o processo de redemocratização no país, período no qual foi outorgado a Constituição de 1988, foi fundado o Sistema Único de Saúde (SUS). Com a municipalização do SUS, no início de 1990, é que começou uma estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo MS (LAVRAS, 2011).

Em 1994, após uma experiência positiva do Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS) foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), a partir do qual foi consolidada a estruturação da APS. Assim, iniciava-se um novo

modelo de atenção que constituiu as bases conceituais e operacionais da Atenção Básica à Saúde (ABS) no país (GOMES et al., 2011).

2.1.1 A Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de atenção primária prioritário da atenção à saúde e, é considerada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

A proposta é enraizada em princípios básicos de substituição da atenção básica tradicional, da integralidade, da hierarquização, da territorialização, do cadastramento da população e da equipe multiprofissional, promovendo reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral, contínua e equitativa (BRASIL, 2009).

O modelo assistencial adotado no Brasil é similar ao de alguns países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, no qual existe uma população cadastrada, uma área de abrangência e um enfoque familiar. O que diferencia no Brasil é a gestão municipal descentralizada e a atuação de agentes comunitários de saúde (ACS), os quais residem nas próprias microáreas de abrangência e fazem parte da equipe multiprofissional (BRASIL, 2009).

Em 1994, o PSF tinha seu foco nas populações de risco. As equipes formadas por médico “generalista”, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS se responsabilizavam por uma área adstrita de aproximadamente 4.500 pessoas. Contudo, a implantação do PSF foi lenta. Até 1999, somente 15% da população era coberta pelo programa, encontrado mais frequentemente em municípios de pequeno porte (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

Com o incentivo financeiro proporcionado pelo Governo Federal por meio do “pacote básico de APS”, a expansão do programa foi impulsionada nacionalmente e se tornou a ESF (BRASIL, 2014).

Visando fortalecer o vínculo profissional-população e tendo um olhar de monitoramento constante frente à vigilância à saúde, a ESF busca proporcionar cuidado integral e continuado, acompanhando ao longo do tempo e sendo canal

entre a atenção primária e outros níveis do sistema de saúde por meio da referência e da contrarreferência (BRASIL, 2009).

2.2 OS PROGRAMAS MATERNO-INFANTIS NO BRASIL

As políticas públicas de saúde atribuídas à assistência das necessidades e dos direitos da mulher e da criança são estabelecidas seguindo desde princípios meramente reprodutivos, voltados apenas para a concepção e anticoncepção, até aqueles mais amplos, voltados para garantir uma melhor condição de saúde e de vida (COSTA; BAHIA; CONTI, 2007).

No Brasil, a história da saúde materno infantil foi estabelecida ao longo de várias décadas, passou por várias gestões e recebeu diferentes terminologias. No início, mulher e criança não ocupavam as posições que atualmente a sociedade e as políticas públicas lhes permitem e garantem (VICTORA *et al.*, 2011).

O primeiro programa de defesa à saúde materno infantil foi implantado entre os anos de 1937 e 1945 no Governo de Getúlio Vargas, e objetivava apenas normatizar o atendimento a díade mãe-filho e combater a mortalidade infantil, sem preocupação com as questões relacionadas à reprodução e, suas atividades eram realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (BRASIL, 2011a).

Em 1940, Getúlio Vargas instituiu o Departamento Nacional da Criança (DNCr), o qual passou a se responsabilizar pela saúde da mãe e da criança, sendo esse, então, o primeiro órgão criado para atender exclusivamente a saúde materno infantil (BRASIL, 2011a). O DNCr coordenou a assistência materno-infantil no Brasil até o ano de 1969, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil.

Com a extinção do DNCr, surgiu em 1970, os programas verticais de organização da assistência materno-infantil com a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), os quais tinham como atividade planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011b).

Em 1975, foi implantado o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), que tinha como propósito reduzir a morbimortalidade materno-infantil. Esse programa

objetivava concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério e à criança menor de 5 anos (BRASIL, 1975).

Em 1983 foi elaborado pelo MS, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). O objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. No ano de 1984, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Estes programas tinham como objetivos diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços (BRASIL, 2011).

Segundo Cassiano et al, (2014), o PAISM foi um dos maiores avanços na atenção à saúde da mulher e da criança. Constituiu um marco histórico de extrema importância para o Brasil, pois é a primeira vez que o governo deixa de pensar somente no tratamento individual e na cura de doenças e inclui, em seu programa, questões referentes à família. A esterilização deixou de ser o método contraceptivo mais usado e passou a destacar a importância do planejamento reprodutivo e de ações educativas de prevenção à gravidez indesejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Em relação ao PAISC, pode-se destacar as suas principais ações que consistiam em: crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido (BRASIL, 1984a; BRASIL, 1984b; BRASIL, 2004; SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram feitas as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, as quais esclarecem a respeito da operacionalização do SUS, por meio da Norma Operacional Básica (NOB) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que influenciaram diretamente no campo da saúde materno-infantil ao definir a saúde da mulher e a saúde da

criança como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002a).

Outro importante pilar nesta construção política, que se deve ressaltar foi a criação da Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), expandindo os direitos da mulher e da criança, além da Portaria GM/MS nº 1.016/1993, a qual tornou obrigatória o alojamento conjunto durante todo o período de internação da puérpera e do recém-nascido e, em 1994, a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 1993; BRASIL, 1994).

Ainda na década de 90, na tentativa de reduzir as altas taxas de mortalidade infantil, especialmente na região nordeste do país, em 1991 foi implantado inicialmente no Estado do Ceará o PACS. Já, em 1994, na tentativa de reorganização do modelo assistencial de saúde, iniciam-se as ações do PSF, tendo como objeto de atenção a família, o que não era realizado pelo PACS (OLIVEIRA; ROCHA, 2001).

Em 1996, o MS, visando que as ações para a redução das mortes fossem mais eficazes e no intuito de unificar as várias ações do PAISC, implantou a Estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), priorizando os municípios com altos índices de mortalidade infantil e que possuíam ESF e PACS. (BRASIL, 2002b; PINA et al., 2009).

Em seguida, em 2000, com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, o MS criou e implantou o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), com as seguintes linhas de ações: captação precoce da gestante e realização da primeira consulta até 16 semanas de gestação, consultas periódicas de pré-natal, no mínimo seis durante a gestação, sendo uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º, além de identificar e intervir precocemente nos problemas da gravidez, encaminhando as gestantes de risco ao serviço especializado e desenvolvendo ações preventivas e educativas (BRASIL, 2005).

No mesmo ano, outro ponto importante para a saúde materno-infantil foi a elaboração da Declaração do Milênio realizada pela ONU. Nela foram estabelecidos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a serem atingidos até o ano de 2015, conhecido no Brasil como “8 Jeitos de Mudar o Mundo” e, tinham como intuito, acabar com a fome e a miséria, proporcionar educação básica de qualidade para

todos, estimular a igualdade entre os sexos e a valorização da mulher, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde das gestantes, combater a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a malária e outras doenças e promover a qualidade de vida e respeito ao meio ambiente (OMS, 2000).

Para melhorar a cobertura e a qualidade do acesso ao pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência neonatal, o MS criou o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal), proporcionando informações para o planejamento, o acompanhamento e as avaliações das ações, além do repasse financeiro de acordo com as necessidades de cada região (BRASIL, 2000; CASSIANO et al., 2014).

Paralelamente, visando reduzir a mortalidade infantil, melhorar a atenção perinatal e apoiar a IHAC, o MS lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, conhecida como Método Canguru e o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (BRASIL, 2002c; MOREIRA et al., 2012; FRIAS; NAVARRO, 2013).

Em 2011, foi estabelecida uma nova estratégia pelo governo, a qual previa a mudança do modelo de atenção obstétrica e infantil fortalecendo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011a; MOREIRA et al., 2012).

No ano seguinte, integrando as metas da Rede Cegonha, considerando que as taxas de mortalidade perinatal e neonatal persistiam como as mais difíceis para a redução, se comparado ao pós-neonatal, o MS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) implementaram a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, especificamente Neonatal (AIDPI Neonatal), no intuito de capacitar os profissionais de saúde para atenderem os menores de dois meses de idade que adoecem e morrem por doenças preveníveis, principalmente por infecção (32%), asfixia (29%), baixo peso e prematuridade (24%) (BRASIL, 2012a).

2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Como estratégia para o enfrentamento à fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, o MS, o Conselho Nacional de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) instituíram o posicionamento sobre as Redes de Atenção à

Saúde. Esse posicionamento foi regulamentado, em 30 de dezembro de 2010, pela portaria 4.279 (BRASIL, 2010). Tais Redes buscam, a partir dos pontos de atenção e diagnósticos, gerenciar os diferentes níveis de complexidade distribuída em um território, prestando cuidado coordenado pela APS no tempo e no lugar e, com o custo e a qualidade certos e humanizados, mediante as responsabilidades sanitárias e econômicas nas quais estão inseridas (MENDES, 2011).

Diferentes definições de Rede têm sido elaboradas em várias áreas de conhecimento, porém alguns aspectos são comuns a todos. Segundo Mendes, (2011), as redes podem ser caracterizadas pelos seguintes aspectos: interdependência, autonomia, confiança, cooperação, relações relativamente estáveis.

Segundo o anexo da Portaria GM nº 4.279/2010 que instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, as define como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

De acordo com Mendes (2011), as RAS para serem efetivadas de forma eficiente e com qualidade, precisam ser estruturadas segundo os seguintes fundamentos:

- a) Economia de escala: procura diminuir os custos médios de longo prazo, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos atribuídos por um maior número de atividades;
- b) Suficiência e qualidade: prestar serviços em quantidade e qualidade mínimas e que referem tanto aos processos como aos resultados;
- c) Acesso: ausência de barreiras no momento em que o usuário “entra” no sistema e quando se faz necessária a continuidade da atenção;
- d) Disponibilidade de recursos: englobando recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. Quanto mais escasso o recurso, mais ele deve ser concentrado, quanto mais disponível, mais deve ser disperso na rede;
- e) Integração vertical: articulação e coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza diferenciadas (primária, secundária e terciária);

- f) Integração horizontal: agrupamento das unidades de serviços de saúde da mesma natureza, no intuito de agregar serviços em uma mesma cadeia mais produtiva para obter ganhos por meio de alianças estratégicas;
- g) Processo de substituição: reagrupamento contínuo dos recursos para que estes possam resultar em melhorias sanitárias e econômicas, respeitando aspectos relativos às equipes quanto aos processos de atenção à saúde;
- h) Região de saúde ou abrangência: é a área de abrangência para a cobertura de determinada RAS;
- i) Níveis de atenção: arranjos produtivos conformados segundo suas densidades tecnológicas, variando o nível de menor densidade (APS), densidade intermediária (atenção secundária), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária).

Segundo Mendes (2011), as RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

No primeiro elemento, a RAS deve ser capaz de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDR). O segundo se refere à estrutura operacional. Constitui-se pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais nos quais se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Esses componentes são: atenção primária à saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e, finalmente, o sistema de governança (MENDES, 2011).

O terceiro e último elemento e não menos importante é o modelo de atenção à saúde. Ele consiste em um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS e articula as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco, os focos das intervenções dos sistemas de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da realidade de saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011; BRASIL, 2012b).

Para tanto, a APS tem por função ser a base da Rede, sendo resolutiveira, coordenando o cuidado e ordenando as Redes. Atualmente, o MS estabeleceu quatro Redes prioritárias: Rede de Atenção à Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e; Rede

Cegonha, esta última responsável pela atenção materno-infantil, objeto do presente estudo, que será analisado a seguir (BRASIL, 2012a)

2.3.1 Rede Cegonha

Em junho de 2011, o Ministério da Saúde com o propósito de reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, os quais são o 4º e 5º ODM e, considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, cria a Rede Cegonha no âmbito do SUS. Essa rede visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede foi incorporada em todo o território nacional de acordo com suas individualidades e diversidades, sendo competência dos estados e municípios a sua execução (BRASIL, 2011c).

Essa Rede prevê ações para a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade e; garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011c).

Essas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia que são os seguintes:

1. Pré-natal: assistência qualificada e prestada na UBS (Unidade Básica de Saúde), com captação precoce das gestantes, acolhimento às intercorrências gestacionais, por meio da avaliação e da classificação de risco e vulnerabilidade, acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, realização de exames, vinculação da gestante ao local no qual será realizado o parto, qualificação do sistema de informação, implementação de ações socioeducativas relacionados à educação sexual/reprodutiva, prevenção e tratamento das IST/HIV/AIDS, sífilis e hepatites, e apoio ao deslocamento das gestantes;

2. Parto e nascimento: oferecer leitos obstétricos e neonatais, ambiência das maternidades conforme a legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, garantia de acompanhante durante todo o processo do pré-parto, parto e pós-parto imediato, realização de acolhimento e classificação de risco, estímulo à implantação de equipes horizontais de cuidado obstétrico e implementação de Colegiado Gestor nas maternidades, conforme Política Nacional de Humanização;
3. Puerpério e atenção integral à saúde da criança: promover o aleitamento materno e alimentação complementar saudável, visita domiciliar ao binômio na primeira semana após parto e nascimento, busca ativa de crianças vulneráveis, promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento dos IST/HIV/AIDS, sífilis e hepatites, orientação e oferta de métodos contraceptivos;
4. Sanitário e regulação: promover acesso às urgências por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Cegonha), sendo que as ambulâncias do sistema avançado devem possuir incubadoras e ventiladores neonatais, implantação do modelo “Vaga Sempre” e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e serviços ambulatoriais.

Segundo o MS (BRASIL, 2011c), para a operacionalização da Rede Cegonha, são necessárias cinco fases de execução.

- A primeira consiste na adesão, ao diagnóstico e à homologação da região de sua implementação, instituindo um Grupo Condutor Estadual;
- A segunda fase realiza os desenhos regionais da Rede Cegonha por meio da Comissão Intergestora Regional, sendo realizadas a Pactuação do Desenho da Rede e a elaboração da proposta para o Plano de Ação Regional, estimulando a instituição do Fórum Rede Cegonha;
- Na próxima fase, são contratualizados os Pontos de Atenção a níveis federal, estadual e municipal, observando as responsabilidades de cada um, além de ser instituído o Grupo Condutor Municipal em cada um dos municípios que participam da Comissão Intergestora Regional;
- Na quarta fase, são qualificados os componentes por meio da realização das ações em saúde definidas para cada componente da Rede, buscando, dessa forma, cumprir as metas pactuadas no Plano de Ação Regional e no Plano de Ação Municipal;

- Finalmente, a última fase é a da certificação anual pelo MS.

Em relação ao financiamento da Rede Cegonha, ele advém das três instâncias de governo, sendo responsabilidade da União o financiamento do componente Pré-natal, ou seja, 100% do custeio dos novos exames do pré-natal, assim como o fornecimento dos *kits* para as UBS, *kits* para as gestantes e kits para as parteiras tradicionais, além do custeio para o apoio ao deslocamento da gestante até o local do parto (BRASIL, 2011d).

O MS (BRASIL, 2011.) propõe uma Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha, a qual é composta por quatro grupos de indicadores, sendo eles:

1. Indicadores de mortalidade e morbidade: número de nascidos vivos e % de mais de 7 consultas no pré-natal; incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida); número absoluto de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal); número absoluto de óbitos maternos por município;
2. Indicadores de atenção: cobertura de equipes de Saúde da Família; tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais, cesárea em primípara IG >32; Idade da mãe; % de gestantes captadas até a 12^a semana de gestação; % de crianças com consultas preconizadas até 24 meses; % de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada;
3. Situação da capacidade instalada hospitalar: número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde; identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco; identificação dos leitos Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal existentes; identificação dos leitos UTI adulto existentes;
4. Indicadores de gestão: % de investimento estadual no setor saúde; PDR atualizado; PPI atualizada; identificação de centrais de regulação: urgências e emergências-SAMU; de internação; consultas e exames; implantação de ouvidorias do SUS no Estado e capital.

Seguindo os mesmos objetivos e metas dos programas desenvolvidos no âmbito nacional, os estados brasileiros elaboraram e implantaram programas de acordo com suas necessidades e prioridades. A seguir será apresentada a proposta implantada no estado do Paraná, o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP).

2.3.2 Rede Mãe Paranaense

Seguindo as transições no campo da assistência à saúde materno-infantil, surgiu, em 1999, no Paraná, uma experiência precursora, o Programa Mãe Curitibana, o qual apresentou resultados extremamente favoráveis, com uma proposta de melhoria da qualidade do pré-natal e a garantia de acesso ao parto, com a complexidade e a qualidade necessárias, disponibilizando consulta puerperal precoce, visitas, detecção e manejo de possíveis complicações, bem como reforço do estímulo ao aleitamento materno (CARVALHO; NOVAES; 2004).

Em 2011, o estado do Paraná iniciou o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), isso concomitante à implantação das RAS no SUS proposta pelo MS, sob uma nova lógica para a organização da APS para estreitar as relações entre o estado e os municípios (PARANÁ, 2013).

Os profissionais da Atenção Primária dos municípios participam das oficinas do APSUS, sendo que a segunda oficina abordou sobre a Rede Mãe Paranaense (RMP), a qual apresentou seus pressupostos, suas estratégias e sua missão, bem como os pontos de atenção (PARANÁ, 2013).

Após todo esse processo de capacitação, e contratualizações de fluxos e adequação da Rede Cegonha no estado, a Secretaria de Estado de Saúde (SESA) implantou o Programa Rede Mãe Paranaense, em 2012, como Rede de assistência materno-infantil (PARANÁ, 2018).

O PRMP é um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de exames, estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional. O público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade (PARANÁ, 2018).

A Atenção Primária é a porta de entrada da Rede e ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. O PRMP tem adesão dos 399 municípios do estado, que desenvolvem as atividades de busca ativa de gestantes e às crianças menores de um ano. Toda unidade de APS organiza ações de pré-natal e acompanhamento de forma que toda gestante tenha como referência a UAP mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da ESF (PARANÁ, 2018).

Além do acompanhamento na gestação, o PRMP estabelece o acompanhamento das puérperas e do neonato na Rede. As competências da Unidade de Atenção Primária à Saúde e a Equipe de Saúde são (PARANÁ, 2018):

- ✓ Garantir no mínimo sete consultas de pré-natal e uma no puerpério, na primeira semana pós parto. A mulher deverá ter acesso garantido às ações do planejamento familiar;
- ✓ Imunizar crianças conforme calendário de vacinação;
- ✓ Realizar visita domiciliar precoce para as puérperas e os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar até o 5º dia e agendar consulta na UAP;
- ✓ Assistir puérperas e crianças por meio de atendimento programado e/ou intercorrências;
- ✓ Realizar busca ativa de puérperas e crianças que não comparecem a UAP para o seu acompanhamento;
- ✓ Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, programando as consultas necessárias;
- ✓ Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinação e controle de puericultura.

No que diz respeito à avaliação das condições de saúde da criança e da mãe até o 5º dia de vida, as ações desenvolvidas deverão ser (PARANÁ,2018):

- ✓ Observar o estado geral da mãe;
- ✓ Verificar o estado geral da criança e sinais de alerta que indiquem perigo à saúde da criança e necessidade urgente de encaminhamento a atendimento médico;
- ✓ Orientar sobre o aleitamento materno;
- ✓ Orientar cuidados de higiene e com o coto umbilical;
- ✓ Orientar sobre a consulta do puerpério e de acompanhamento da criança na UAP, que deverá ser até o 10º dia após o parto. Se possível agendar as consultas para a mãe e o seu filho, na mesma data e período;
- ✓ Avaliar a Carteira de Saúde da Criança quanto às condições de nascimento, intercorrências hospitalares, realização/agendamento dos testes de Triagem Neonatal (Pezinho, Olhinho, Orelhinha e Coraçõzinho) e aplicação de Vacina Hepatite B ao nascer e BCG;
- ✓ Atualizar os dados no sistema de informação vigente.

Conforme já discorrido anteriormente, a RMP é a mais recente proposta realizada pelo estado do Paraná, embasado na Rede Cegonha, que tem como meta melhorar a qualidade da atenção à saúde materno-infantil nos níveis primário, secundário e terciário. Para tanto, avaliar o programa é recomendado por vários pesquisadores no intuito de identificar se as diretrizes estão sendo atingidas, bem como as suas potencialidades e fragilidades para que os gestores realizem as (re)adequações que se fizerem necessárias à garantia da assistência a esse grupo populacional (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011; CRUZ, 2011).

Frente à proposta a ser operacionalizadas em Rede prioritárias, destacando aqui a Rede de assistência materno-infantil no Paraná, percebe-se a necessidade de estudos que possam apreender se os objetivos e pressupostos estão sendo ou não alcançados na perspectiva da mulher/usuária, que vivencia no seu cotidiano, a oferta destes serviços no período puerperal e seguimento do seu filho, no âmbito municipal e regional que possam subsidiar aos profissionais de saúde e gestores a melhoria do cuidado a este grupo populacional.

Assim, optou-se por um estudo qualitativo na perspectiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, possibilitando ouvir os relatos das mulheres/mães que vivenciaram todo o ciclo gravídico e puerperal no PRMP, em particular o período puerperal e neonatal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando que o resultado dos programas de saúde é o produto da interação entre o usuário e a equipe de saúde, exigindo a abordagem qualitativa para compreender e apreender o significado dos diferentes aspectos (TANAKA, 2011), e que trabalhar no campo da saúde é uma experiência vivenciada de modo natural, constituindo-se uma relação social de atuação profissional do ser humano (SCHÜTZ, 2012), a escolha do referencial teórico para o presente estudo foi a Fenomenologia Social de Alfred Schütz.

A Fenomenologia Social é definida como um processo interativo que, ao ser vivenciado por duas ou mais pessoas, possui significado para os envolvidos nessa ação social. Assim, mulheres/usuárias possuem interesses que lhes são próprios e que os motivam e os direcionam para a busca ou não de cuidado nos setores da saúde (CALDEIRA et al., 2012; SCHÜTZ, 2012). Assim, as usuárias esperam que durante o ciclo neonatal e puerperal os profissionais de saúde prestem uma assistência integral e equânime nos diferentes aspectos, bem como ao conceito, cumprindo-se os objetivos e diretrizes ministeriais das Redes/programas.

A fenomenologia tem sido usada como referencial teórico e/ou metodológico de pesquisas que buscam compreender a visão do ser humano em seu todo vivido, bem como a forma situada no mundo e em sua totalidade de vida, por meio da descrição da sua experiência e dos significados atribuídos a ela (CAMATTA, 2008).

Segundo Minayo (2010) que buscou aprofundar, do ponto de vista epistemológico e metodológico, as bases estruturantes da investigação qualitativa, as “ciências compreensivas” ressaltam que os fenômenos humanos só podem ser conhecidos intersubjetivamente, ou seja, por meio de uma participação vivida do sujeito que se compreende nos fenômenos que busca compreender.

Segundo Minayo (2010, p. 252), Weber trouxe para a sociologia a abordagem compreensiva já tratada pelos filósofos Husserl, Heidegger, Gadamer, Merleau-Ponty, Habermas, Schütz e, sobretudo, Dilthey e desenvolveu especificamente:

[...] o conceito de “ação social” enquanto um comportamento humano no qual os indivíduos se relacionam de maneira subjetiva, mas cuja compreensão e orientação ocorre no coletivo. Pois, o principal objetivo de Weber é compreender o sentido que cada pessoa dá a sua conduta e a sua ação e perceber assim a sua estrutura inteligível e como essa ação constrói a vida social.

Já, Alfred Schütz, influenciado por Husserl e Weber, trouxe reflexões fundamentais a serviço da pesquisa qualitativa, explicando seus pressupostos de que:

[...] “vivemos num mundo intersubjetivo” que é experimentado e tipificado igualmente pelo indivíduo e por seu semelhante; existia antes de ambos e continuará a existir depois; nele as pessoas se comunicam de forma direta com os contemporâneos ou, de forma indireta, com os antecessores, ou sucessores. A situação biográfica influencia os motivos, a direção e o modo como cada pessoa ocupa o espaço da ação social e as relevâncias de sua conduta podem ser encontradas na linguagem. A ação social é o lugar de expressão da liberdade e da necessidade e tem em si um significado subjetivo que lhe dá direção (MINAYO, 2010, p. 253).

A Fenomenologia Social de Alfred Schütz, também denominada Sociologia Fenomenológica ou Sociologia Compreensiva, utiliza-se de conceitos como mundo de vida, intersubjetividade, acervo de conhecimentos, motivação – “motivos porque” e “motivos para”, relação social, relação social face a face, situação biográfica, reciprocidade de perspectiva, ação social e tipificação (CALDEIRA et al., 2012; CASTRO, 2012).

O mundo da vida é o cenário de interação humana em que a pessoa utiliza os seus conhecimentos prévios, e que são transmitidos aos seus pares os quais lhes antecedem e sucedem, dando assim significação às suas experiências. Para essa análise, é necessário compreender a situação biográfica do indivíduo, a qual permite aos sujeitos refletir e compreender suas ações e sua relação com o mundo (WAGNER, 1979; AZEVÊDO, 2011; SCHÜTZ, 2012).

Segundo Schütz (2012), a intersubjetividade é uma pré condição da vida social e, a vivência, é a fonte dos significados humanos. O significado humano se constitui para a pessoa à medida que ela o vivencia e este se torna visível ao olhar reflexivo. Conforme os significados vividos, individualmente, são contextualizados, eles vão configurando, na relação intersubjetiva, um sentido social (MERIGHI et al., 2011).

Para captar essa relação intersubjetiva do sujeito, é necessário compreender a interpretação que este atribui à ação em termos de projetos, meios disponíveis, motivos e significados. Interesses comuns permeiam as ações dos sujeitos nas situações face a face, o que nada mais é do que uma reciprocidade de intenções. Dessa forma, é possível experienciar o outro da forma direta, face a face, ou indireta, quando o sujeito se volta para um contemporâneo (CAMATTA, 2008; MERIGHI et al., 2011; CALDEIRA et al., 2012).

Schütz desenvolveu seu pensamento embasado nas ações humanas, as quais podem ser compreendidas por meio das motivações dos sujeitos. Para tal, o indivíduo atua por intermédio de motivos existenciais – motivação – “motivos porque” e “motivos para”. A bagagem de conhecimento é algo herdado dos nossos predecessores, é algo que se pode acrescentar à nossa própria experiência vivida, que, por sua vez, só pode ser compreendida mediante ações exteriorizadas, que constituem a base da comunicação e da relação social. Essas ações são impulsionadas pelos “motivos por que” e pelos “motivos para” a fim de interpretar o comportamento do homem no mundo social (CAMATTA, 2008; SCHÜTZ, 2012).

Dessa forma, compreende-se a ação social como uma conduta dirigida para a realização de determinado fim e, essa ação, os “motivos porque”, são as razões enraizadas em experiências passadas que dizem respeito aos atos consumados, bagagem de conhecimentos herdada dos nossos predecessores. Assim, só é possível reconstruir esses motivos em retrospectiva até ao presente a partir da reflexão do ato concretizado interpretada pela subjetividade da própria pessoa, o que define seu projeto de ação e seu desempenho social (MERIGHI et al., 2011; SCHÜTZ, 2012; CALDEIRA et al., 2012).

Segundo Camatta (2008), é possível ao pesquisador acessar essa categoria se ele reconstruir o ato realizado pelo ator ou a partir de coisas provocadas no mundo exterior pela ação do ator. Zeferino e Carraro (2013) ainda colocam que os “motivos porque” estão tão enraizados na personalidade do sujeito, no aprendizado que acumulou por toda a sua vida, que, para conhecer o tipo de mente que empreendeu tal ação, somente será possível conhecendo o seu passado.

O “motivo para” é a orientação à ação futura (ato antecipado, imaginado, significado subjetivo da ação), que é uma categoria essencialmente subjetiva, pois ainda não aconteceu (MERIGHI et al., 2011; SCHÜTZ, 2012; CALDEIRA et al., 2012). Segundo Camatta (2008), essa categoria só é revelada ao pesquisador quando o entrevistado é questionado sobre o significado que ele atribui a determinada ação.

No presente estudo, ao indagar as mulheres/usuárias dos serviços de saúde regidos pelo Programa Rede Mãe Paranaense, esperava-se que elas poderiam ser capazes de refletir e de resgatar suas vivências e seu percurso existencial, sendo esse resgate sobre o que Schütz denomina situação biográfica.

A situação biográfica permite aos sujeitos interpretar o mundo a partir do acervo de experiências e de conhecimentos prévios, tornando-os capazes de refletir e de compreender as suas ações e a sua relação com o mundo (SCHÜTZ, LUCKMANN, 2003). Isso porque toda a relação social ocorre na interação da relação face a face, que é permeada de interesses comuns para o desenvolvimento das ações de cuidado, resultando na reciprocidade de intenção (SCHÜTZ, 2012).

Desse modo, a partir da vivência das mulheres/usuárias nos serviços de atenção à saúde, no ciclo puerperal e seguimento da criança, estes adquirem experiências que constituem a tipificação de seu respectivo grupo social profissional – aquilo que é típico (SCHÜTZ, 2012).

O mundo cotidiano apresenta-se nas tipificações, ou seja, nas representações construídas pelos próprios atores sociais de acordo com suas relevâncias, que incluem o universo e o estável, o específico e o mutável (ZEFERINO; CARRARO, 2013). Assim, o ator social tipifica o mundo para poder compreendê-lo e comunicar-se com os seus semelhantes (SCHÜTZ, 2012).

Dessa forma, a pessoa interpreta o mundo a partir do acervo de experiências prévias e de conhecimentos transmitidos por seus semelhantes, isto é, sua bagagem de conhecimentos disponíveis. A tipicidade permite a compreensão entre as pessoas na interação social, e ela vai se tornando estável a ponto de levá-las a reconhecer as características de determinada ação como papéis sociais (MERIGHI et al., 2011).

A objetivação dos significados é feita por meio de um esquema conceitual que permite agrupar as informações do senso comum, a tipificação, a qual leva à compreensão do homem as suas relações sociais (SCHÜTZ, 2012). Nesse sentido, a Fenomenologia Social é o referencial que permite a compreensão dos fenômenos humanos no cotidiano a partir de experiências concretas (SCHÜTZ, 2012), como das mulheres/usuárias.

A experiência de ser usuária dos serviços de saúde dá-se no cotidiano vivido por essas mulheres, ou seja, no mundo social, que para Schütz (2012), é um mundo cultural e intersubjetivo, uma vez que outros sujeitos coexistem e convivem entre si, não só de maneira corporal e entre os objetos, mas também como seres dotados de uma consciência que é essencialmente voltada a este mundo (CALDEIRA et al., 2012).

4 OBJETIVO GERAL

- Compreender a assistência neonatal e puerperal no serviço de Atenção Primária à Saúde após alta das maternidades em Regional de Saúde.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo embasado no referencial teórico e metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012). Foi realizado em municípios da 17^o Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil, no intuito de compreender na perspectiva da usuária como é a assistência prestada no período neonatal e puerperal no serviço de Atenção Primária à Saúde.

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa multicêntrico financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob n.º 2.053.304, chamada Universal 01/2016, intitulado: “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: O cuidado da mulher no Pré-natal, Parto, Puerpério e da Criança”, desenvolvido em três Regionais de Saúde: Nona Regional de Saúde de Foz do Iguaçu (9^a RS), Décima Regional de Saúde de Cascavel (10^a RS) e Décima Sétima Regional de Saúde de Londrina (17^a RS). Cada Regional foi coordenada por pesquisadores das respectivas universidades: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), campus de Foz do Iguaçu; Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), campus de Cascavel; e Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O modelo qualitativo para avaliar programas é recomendado por subsidiar resultados mais acurados, bem como por compreender melhor a realidade e acrescentar amplitude e profundidade à opção metodológica (ALMEIDA; MELO, 2010; CRUZ, 2011; TANAKA, 2011).

Nesse sentido, a entrevista qualitativa foi realizada, seis meses após o parto, período que há maior busca por cuidado puerperal e da criança nos serviços de saúde. Também porque se entende que neste momento poderá identificar se os objetivos e diretrizes da Rede Mãe Paranaense estão sendo cumpridos pelos serviços de saúde dos municípios da 17^o Regional de Saúde.

Segundo Cruz (2011), a abordagem qualitativa é fundamental para fornecer informações cruciais sobre o porquê de a intervenção estar ou não funcionando, bem como para evidenciar elementos a fim de (re)planejar as ações em saúde no intuito de qualificar a assistência à população.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estado do Paraná localiza-se na Região Sul do Brasil e faz fronteira com outros três estados. Ao Norte com o Estado de São Paulo, ao sul com o Estado de Santa Catarina e ao oeste com o Estado do Mato Grosso do Sul. Faz fronteira, ainda, com o Paraguai e a Argentina. O Estado é constituído por 399 municípios, distribuídos em 22 Regionais de Saúde, numa extensão territorial de 199.304 km², e sua população estimada é de 11.163.018 habitantes (IBGE, 2015, PARANÁ, 2015).

Do total das 22 Regionais, o presente estudo foi desenvolvido na 17^a RS de Londrina. A população totaliza 884.039 habitantes e é constituída por 21 municípios: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis, Tamarana e Londrina.

A população feminina representa 455.078, sendo 283.943 mulheres em idade reprodutiva nesta Regional de Saúde e nos municípios em que o estudo foi desenvolvido (Rolândia, Cambé, Londrina e Ibiporã) a população feminina em idade reprodutiva é de 229.882 (BRASIL, 2015).

5.3 SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES

A seleção das participantes para responder a questão aberta e semiestruturada da pesquisa foi realizada após a coleta de dados quantitativos nas maternidades. Portanto, a entrevista foi realizada na 1^a visita domiciliária seis meses após o parto. Para tanto, as mulheres/usuárias foram selecionadas da seguinte forma:

- Sorteio intencional para captar mulheres/usuárias conforme o porte (médio, grande) do município da Regional de Saúde; característica da maternidade (secundária ou terciária; com ou sem acreditação de Hospital Amigo da Criança); faixa etária (adolescentes, jovens e mulheres acima de 35 anos); paridade (primípara e múltipara); classificação de risco gestacional (RH: Risco Habitual, RI: Risco Intermediário e AR: Alto Risco);
- Contato telefônico com a mulher/usuária para confirmar o endereço, agendar data e horário da VD;

- Caso houvesse indisponibilidade da mulher/usuária os pesquisadores realizavam um novo sorteio, no intuito de garantir os sujeitos do mesmo município.

5.4 OBTENÇÃO DOS DADOS

Para a realização das entrevistas, utilizou-se um roteiro (Apêndice A) composto por questões semiestruturadas extraídas das matrizes propostas pela Rede Mãe Paranaense, com os objetivos e as diretrizes, no intuito de responder às seguintes inquietações: a) Qual o conhecimento/entendimento das mulheres/usuárias sobre a Rede?; b) Como se deu a assistência durante o pré-natal no município?; c) Como foi a assistência prestada no pré-parto, parto e nascimento na maternidade?; d) Como ocorreu o retorno puerperal e a captação do recém-nascido?; e) Como se dá o atendimento da mulher/puerpério tardio e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança?; f) Se houve algum agravo como aconteceu a vinculação da gestante e da criança à atenção secundária e terciária?; g) O que espera do serviço de saúde quanto à assistência pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança com a implantação da Rede Mãe Paranaense?.

Para este estudo as questões norteadoras foram:

- 1) Você já ouviu falar sobre o Programa Rede Mãe Paranaense? Conte-me o que você sabe.
- 2) Na alta hospitalar, após o nascimento do(a) seu(ua) filho(a), você recebeu alguma orientação sobre qual serviço de saúde procurar para a continuidade do cuidado da criança? Comente.
- 3) Você recebeu visita da equipe de saúde na primeira semana de vida do(a) seu (sua) filho. Comente sobre essa visita.
- 4) Após receber alta da maternidade conte-me como foi seu acompanhamento e do bebê no serviço de saúde no 1º mês após o parto.
- 5) O que você espera por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito puerpério e cuidado a criança.

As entrevistas foram realizadas após o aceite, o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) em ambiente domiciliar com o mínimo de ruído ou interferência durante a coleta.

Os depoimentos foram gravados com aparelho de áudio e transcritos pelos pesquisadores. As entrevistas foram encerradas quando evidenciaram convergência dos “motivos porque” e dos “motivos para”, possibilitando a constituição do tipo vivido com vistas à compreensão do cuidado à saúde sob a perspectiva da mulher/usuária. Para o sigilo das participantes estabeleceu-se a letra P (puérpera) e M (Mulher) seguida por nº arábico na ordem dos depoimentos e classificação do risco (RH e AR) e porte do município (M1, M2 e M3 – Médio Porte; e M4 – Grande porte) sendo (Mnº RH- M1 ou M2 ou M3 ou M4 ou Mnº AR – M4).

5.5 ANÁLISE DO MATERIAL

Para a organização e a análise do material qualitativo, cumpriu-se os seguintes passos propostos por pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2010; CALDEIRA et al., 2012):

- 1º passo: leitura atenta e criteriosa de cada depoimento na íntegra, procurando, primeiramente, identificar e apreender o sentido global da ação social;
- 2º passo: releitura de cada depoimento com o objetivo de identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos porque” e aos “motivos para”;
- 3º passo: agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para a composição de categorias concretas;
- 4º passo: análise das categorias concretas para a compreensão da ação social;
- 5º passo: constituição do tipo vivido a partir do conjunto de “motivos porque” e “motivos para” expressos na análise das categorias concretas;
- 6º passo: discussão do tipo vivido à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e de outros referenciais relacionados à temática deste estudo.

Após a transcrição de cada depoimento, foi realizada uma leitura atenta e criteriosa de cada um para identificar e apreender o sentido global e, posteriormente, os aspectos comuns da ação das mulheres/usuárias.

Deste modo, os significados que emergiram dos depoimentos das participantes puderam ser obtidos por meio da interação face a face entre o

pesquisador e as mulheres no momento da entrevista. Isso permitiu captar os “motivos porque” e os “motivos para” da ação social acerca da sua vivência no contexto das diferentes instâncias dos serviços de saúde, possibilitando construir as categorias concretas, ou seja, constructos de segundo nível (constructos objetivos elaborados pela ciência) que tiverem origem no mundo social a partir dos constructos de primeiro nível (constructos subjetivos), os quais são as vivências identificadas nos depoimentos (SCHÜTZ, 2012).

As categorias concretas do vivido expressam os fenômenos sociais tal como se apresentam no senso comum, envolvendo a reflexão de pessoas na atitude natural e a visão do pesquisador (SCHÜTZ, 2012; CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2010). Além disso, não são mutuamente excludentes isto é, determinados aspectos das vivências estiveram presentes em mais de uma categoria, já que são inter-relacionados. Após identificadas as categorias concretas, o passo seguinte foi a análise do material realizada a partir daquilo que se mostrou significativo para o pesquisador.

Em seguida, seguiu-se segundo Schütz (2012), a construção do tipo vivido do grupo social constituídos por mulheres/puérperas, a realização da compreensão da ação estudada a partir do pressuposto de que o que importa para a Fenomenologia Social não é o comportamento de cada indivíduo, mas o que pode se constituir em uma característica típica daquele grupo social que está vivendo dada situação, no caso do presente estudo, como se dá a assistência ao neonato e à puérpera na atenção primária a saúde.

Os dados foram discutidos à luz do referencial da Fenomenologia Social e de outros referenciais e evidências científicas que abordam a temática em questão, permitindo a compreensão do significado da ação humana das mulheres/puérperas.

5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas regulamentares com pesquisa com seres humanos, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná - SESA (ANEXO A), e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), sob o parecer no 2.053.304, de 09 de Maio de 2017, CAAE: 67574517.1.1001.5231 (ANEXO B).

6. REFERENCIAS

ALMEIDA, D.B.; MELO, C.M. M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 24, n. 1-3, p. 75-80, jan./dez. 2010. Disponível em: <[http://www.portalseer.ufba.br/index.php / enfermagem/article/view/5530](http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5530)>. Acesso em: 10 set. 2018

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, set. 2012.

AZEVEDO, E. A. de. O mundo da vida e a ação. **Problemata: Rev. Int. de Filosofia**, v. 2, n. 1, p. 54-74, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa nacional de saúde materno-infantil. Brasília: [s.n.], 1975.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral a Saúde da Criança: ações básicas**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984a.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984b.

_____. Presidência da República. Casa Civil Subchefiada para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990**: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: [s.n.], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 21 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016, DE 26 DE AGOSTO DE 1993**. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Brasília, 26 ago. 1993. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_GM_MS_1016.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2018

_____. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto: Passo 7- Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília: [s.n.], 1994. 11 p. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd08_20.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS nº 1 de 1996. Diário Oficial da União. Brasília, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/legislacao/vol22.htm>>. Acesso em: 3 ago. 2018

_____. Ministério da Saúde. Sis-Pré Natal. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 63p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002:** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília: [s.n.], fev. 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. AIDPI **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** curso de capacitação: introdução – módulo 1. Brasília: [s.n.], 2002b. 32p

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002c

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008:** 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416 p. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=577&ext=.pdf&titulo=sa%

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. **Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 372 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília: [s.n.], 2011b. 45 p. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 80 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília: [s.n.], 2011d. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 26 jul. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília: [s.n.], 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**: Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 228 p. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/03/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).. Brasília: [s.n.], set. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf> acesso em: 15 de agosto 2018.

CALDEIRA, S. et al. **Nurses and care delivery to elderly women: a social phenomenological approach**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, out. 2012.

CAMATTA, M. et al. **Contributions from Alfred Schütz's phenomenological sociology for nursing research – review article**. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói, v. 7, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1446/383>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

CARVALHO, D. S. de; NOVAES, H. M. D. **Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. s220-s230, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2018

CASSIANO, A. C. M. et al. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde**. Rev. Serviço Público, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499#>>. Acesso em: 14 ago. 2018

CASTRO, F. C. **A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz**. Ciências Sociais Unisinos, v. 48, n. 1, p. 52-60, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93823702007>>. Acesso em: 1 out. 2018

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p.13-24, jan./dez. 2007.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate**. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde. 2011. p. 181-199. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/Capitulo-7.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018

FEITOSA, A. C. et al. Fatores associados à mortalidade infantil na região metropolitana do Cariri, Ceará, Brasil. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 224-229, 2015.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. **Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições.** In: SAMICO et al. (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13

FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. **Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade.** In: BITTENCOURT, S.; DIAS, M.; DUARTE, M. (Org.). Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 91-121

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2018

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 1 mai. 2018

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-874, dez. 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>.

MINAYO, M. C. de S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 6, n. 3, p. 251-261, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2018

MERIGHI, M. A. B. et al. Being a nursing teacher, woman and mother: showing the experience in the light of social phenomenology. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2018

MOREIRA, L. M. C. et al. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, supl. 7, p. 48-55, 2012.

OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. **Saúde reprodutiva na esfera pública e política**. São Paulo: Unicamp, 2001. 331 p.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração do Milênio. Nova Iorque: OMS, 2000

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>>. Acesso em: 13 ago. 2018

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Linha Guia - Programa Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: [s.n], 2018. 55 p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>.

PINA, J. C. et al. Contribuições da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 142-148, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a05v22n2.pdf>>. Acesso em: 8ago 2018

SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012. 357p.

_____; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Tradução de Nestor Miguez. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 320p

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 549-551, dezembro de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200549&lng=en&nrm=iso>. acesso em 01 de dezembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011.

VICTORA, C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios**. Saúde no Brasil, n. 2, p. 32-46, 2011. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/279/15%20Sa%C3%BAde%20de%20m%C3%AAs%20e%20crian%C3%A7as%20no%20Brasil.pdf>>

0e%20crian%C3%A7as%20no%20Brasil%20progressos%20e%20desafios.pdf?sequence=1>.

WAGNER, H. R. (Org.) **Fenomenologia e relações sociais**. Textos escolhidos de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. Geneva: WHO, 1978

ZEFERINO, M. T.; CARRARO, T. E. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 826-834, set. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2018

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos, assim como a discussão dos achados mediante sua análise e reflexão são apresentadas na forma de 2 manuscritos:

1º manuscrito – Seguimento do recém-nascido após alta da maternidade: o vivido de mães na atenção primária a saúde.

2º manuscrito - O vivido de mulheres no pós-parto: des(caminhos) da assistência na maternidade e Atenção Básica.

7.1 MANUSCRITO 1

Seguimento do recém-nascido após alta da maternidade: o vivido de mães na atenção primária à saúde

Resumo

Objetivo: apreender a vivência das mães quanto ao seguimento do seu filho pelo serviço de atenção primária após alta da maternidade. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa tendo como eixo norteador o referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Participaram 23 mães mediante entrevista gravada no domicílio realizada em quatro municípios de uma Regional de Saúde, no estado do Paraná, Brasil, no período de março a setembro de 2018. Para a análise cumpriram-se os seis passos do referencial em estudo. **Resultados:** Apreendeu-se, a partir dos significados dos discursos das mães, cinco categorias que expressam a experiência vivida na alta da maternidade e seguimento do recém-nascido na atenção primária à saúde. Os “motivos porque” apontaram três categorias: Compreensão sobre a Rede e o processo de cuidado na alta da maternidade; Primeira semana pós-parto: Rede de cuidado do recém-nascido no domicílio; Período neonatal: seguimento da criança na atenção primária. Quanto aos “motivos para” emergiu uma categoria: Expectativas para o cuidado da criança na Rede. **Conclusão:** A Rede nos municípios em estudo ainda não oferece um acompanhamento sistemático da criança no período neonatal, remetendo para a exposição ao maior risco de agravos devido às restritas ações de promoção e prevenção.

Descritores: Recém-nascido; Cuidado da criança; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde.

7.1.1 INTRODUÇÃO

Para as políticas públicas mundiais de saúde infantil, o período neonatal é apontado como um dos mais vulneráveis e, embora as metas de redução da mortalidade entre os menores de cinco anos tenham sido alcançadas, nos últimos anos no Brasil, a mortalidade por afecções perinatais e neonatais se mantém com os maiores índices (WHO, 2018).

Segundo Relatório da World Health Organization (WHO), anualmente no mundo morrem 2,6 milhões de recém-nascidos e, aproximadamente 80% dessas mortes, poderiam ser evitadas com cuidados básicos ainda durante a gestação. Entre os 184 países, o Brasil, classificado no grupo de renda média alta, foi considerado o 28º pior, como o México com 7,8 mortes neonatais a cada mil nascidos vivos. Em relação às taxas de mortalidade infantil, o Brasil está ranqueado na 108ª pior colocação (WHO, 2018).

A mortalidade perinatal é um indicador relacionado à inadequação da assistência obstétrica e neonatal. Após o parto e alta da maternidade, a sobrevivência neonatal está diretamente relacionada com a qualidade dos serviços ofertados na rede de assistência à saúde, desde a atenção básica até a de maior complexidade (UNICEF, 2018). Para tanto, envolve fluxos eficientes, protocolos com base em evidências científicas e profissionais com adequada formação para resolutividade dos atendimentos, bem como pais orientados para identificarem sinais de perigo e buscarem a unidade de saúde urgentemente (BRASIL, 2017).

Vale ressaltar que a maior sobrevivência da criança também está relacionada às melhores condições de vida e saúde, portanto, ações de promoção de ambientes saudáveis com enfoque na família, comunidade e sociedade devem ser garantidas nas agendas das políticas públicas (UNICEF, 2018), bem como reorganização do sistema de saúde e maior investimento no serviço de atenção primária para a qualificação da assistência. Nesse sentido, o sistema de saúde passou a ser organizado em Rede para ofertar uma assistência contínua, integral, eficiente, segura e equânime, incluindo responsabilidades sanitária e econômica (MENDES, 2015) para, assim, cumprir as metas e o que é proposto nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável até 2030 (ONU, 2015), entre elas, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade.

A organização da assistência materno-infantil no país ocorreu em 2011, por meio da Rede Cegonha e, no estado do Paraná, em 2012, através da Rede Mãe Paranaense, atendendo às diretrizes estabelecidas nacionalmente que também pactuaram a vinculação e a garantia de acesso ao atendimento ambulatorial especializado e a atenção hospitalar (BRASIL, 2012; PARANÁ, 2018). A Rede Mãe Paranaense, objeto desta pesquisa, é constituída por diferentes níveis de atenção, da menor para a maior complexidade e, de acordo com cada uma, é referenciada, respectivamente, para o risco habitual e alto risco.

Para tanto, depois de cinco anos da implementação dessa Rede nas Regionais de Saúde no Paraná, o presente estudo buscou apreender a vivência das mães quanto ao seguimento dos seus filhos pelo serviço de atenção primária após alta da maternidade, no intuito de compreender, na perspectiva das usuárias, se as diretrizes estão sendo atendidas quanto ao acompanhamento da criança no período neonatal.

Compreender a assistência na perspectiva dos usuários permite identificar potencialidades e possíveis fragilidades da Rede (TANAKA, 2011; OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015), as quais poderão servir de subsídios como instrumento de gestão e tomada de decisão (TANAKA, 2011; TOPP et al., 2018), tanto pelos profissionais como pelos gestores que a compõem e, assim, atender às reais necessidades materno-infantis.

7.1.2 MÉTODO

Para o presente estudo, a abordagem foi a qualitativa tendo como eixo norteador o referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012). A metodologia de Schütz permite extrair os significados do mundo da vida, bem como os “motivos porque”, as experiências vividas, e os “motivos para”, as expectativas refletidas na ação social das mães que fazem uso da Rede de serviços de saúde desde o ciclo gravídico até o período puerperal, este último, contemplado pela díade mãe-bebê.

As participantes foram mulheres residentes em quatro municípios (M) da 17ª Regional de Saúde (RS), sendo M1, M2 e M3 (médio porte) com uma maternidade cada para parto de Risco Habitual (RH), referência para outros 11 municípios, e M4 (grande porte) com duas maternidades, uma para RH, localizada em um município e

uma maternidade para Alto Risco (AR) que atende as 21 cidades da RS e estados vizinhos.

Para obter o núcleo de elementos do fenômeno (SCHUTZ, 2012), ou seja, “a assistência à saúde do recém-nascido no serviço de atenção primária após a alta da maternidade”, participaram 23 mães dos quatro municípios da RS mediante a disponibilidade para a visita domiciliar a cada uma, agendada previamente via telefone, ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a entrevista gravada em mídia de áudio. Além disso, para participar, precisavam ser classificadas entre risco habitual e alto risco, bem como residir no município das maternidades em estudo e, após a alta, terem sido encaminhadas para o serviço de atenção primária. O período de coleta compreendeu os meses de março a setembro de 2018.

Utilizou-se um roteiro com perguntas semiestruturadas extraídas da matriz proposta pela Rede para responder às seguintes inquietações: *os motivos porque*: “Você já ouviu falar sobre o Programa Rede Mãe Paranaense? Conte-me o que você sabe (O que é para você?)”; “Na alta hospitalar, após o nascimento do(a) seu(u) filho(a), você recebeu alguma orientação sobre qual serviço de saúde procurar para a continuidade do cuidado da criança? Comente”; “Você recebeu visita da equipe de saúde na primeira semana de vida do(a) seu(sua) filho (a). Conte-me sobre essa visita”; “Após receber alta da maternidade, conte-me como foi o seu acompanhamento e do bebê no serviço de saúde no 1º mês após o parto”. *Os motivos para*: “O que espera dos serviços, das políticas públicas e dos programas voltados aos cuidados com seu bebê?”; “O que você espera do seu município/regional/estado (políticos) quanto ao cuidado com seu bebê?”; “Gostaria de falar sobre algo que não foi contemplado nesta segunda etapa da entrevista?”.

A média de tempo para a entrevista foi de 50 minutos, considerando a interação do pesquisador com a participante. Os depoimentos foram encerrados mediante a convergência dos “motivos porque” e dos “motivos para”, possibilitando a constituição do tipo vivido no cuidado da criança após a implementação da Rede (SCHUTZ, 2012).

Para Alfred Schütz, o indivíduo age por intermédio de motivos existenciais acrescidos à experiência vivida, a qual pode ser compreendida mediante ações exteriorizadas impulsionadas pelos “motivos porque” e “motivos para” (SCHUTZ, 2012). Esta ação é uma conduta dirigida para a realização de determinado fim e os

“motivos porque” são as razões enraizadas na personalidade do sujeito e no aprendizado que acumulou por toda a sua vida. Os “motivos para” orientam as ações futuras e subjetivas, que só são reveladas quando o entrevistado é questionado sobre o significado que ele atribui à determinada ação (SCHUTZ, 2012; CALDEIRA et al., 2017).

Para a análise, o material foi transcrito na íntegra e, em seguida, conferido e organizado por dois pesquisadores, cumprindo-se os seis passos elaborados por teóricos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (CARVALHO, MERIGHI, JESUS, 2013; CALDEIRA et al., 2017): leitura atenta e criteriosa de cada depoimento para identificar e apreender o sentido global da ação social; releitura individual dos depoimentos para identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos porque” e “motivos para”; agrupamento das convergências dos depoimentos para extrair as categorias concretas; análise das categorias concretas para compreensão da ação social; a partir do conjunto de “motivos porque” e de “motivos para” foi constituído o tipo vivido expresso nas categorias concretas e discutido à luz da Fenomenologia Social e de outros referenciais pertinentes ao objeto de estudo.

A identificação das participantes foi estabelecida pela letra M (Mãe) seguida por número (nº) arábico na ordem dos depoimentos, classificação do risco (RH e AR) e porte do município (M1, M2 e M3 – Médio Porte; e M4 – Grande porte), sendo indicado, por exemplo: Mnº RH- M1 ou M2 ou M3 ou M4 ou Mnº AR – M4.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Diretoria da Regional de Saúde e Diretorias das Maternidades de cada município, bem como aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, parecer nº. 2.053.304 e CAAE: 67574517.1.1001.5231.

7.1.3 RESULTADOS

As mães entrevistadas que utilizam a rede de assistência à saúde desde o acompanhamento pré-natal, o parto e o seguimento da criança no pós-parto foram 23 mulheres, das quais, 14 classificadas como Alto Risco e 9 Risco Habitual.

A faixa de idade variou entre 15 e 37 anos, sendo que mais da metade cursara o ensino médio, a maioria vivia com companheiro, treze eram primíparas e dez múltiparas. Quanto ao tipo de parto, 12 realizaram parto vaginal e 11 cesárea.

A tipificação das mães entrevistadas permitiu organizar e analisar os significados dos discursos extraindo-se **quatro categorias** que expressam a experiência vivida na alta da maternidade e seguimento do recém-nascido pelo serviço de atenção primária à saúde. Dos “motivos porque” emergiram **três categorias**: Compreensão sobre a Rede e o processo de cuidado na alta da maternidade; Primeira semana pós-parto: Rede de cuidado do recém-nascido no domicílio; Período neonatal: acompanhamento da criança na atenção primária. Quanto aos “motivos para que”, emergiu **uma categoria**: Expectativas para o cuidado da criança na Rede.

I. Compreensão sobre a Rede e o processo de cuidado na alta da maternidade

Essa categoria aponta a compreensão das mães sobre a Rede Mãe Paranaense, bem como a contrarreferência realizada pelos profissionais das maternidades, tanto de Risco Habitual como Alto Risco, para o acompanhamento do recém-nascido no serviço de atenção primária à saúde. Versa também sobre quais as orientações fornecidas por esses profissionais para as mães em relação à continuidade de cuidados do seu filho.

Apreendeu-se a partir dos discursos que pouco tem-se orientado nos serviços de saúde sobre a Rede. Percebe-se duas vertentes: uma, das mães que nunca ouviram falar sobre o programa e, outra, das que já ouviram falar, porém pouco sabem sobre o assunto, pois, associam apenas com gestação de Alto Risco e acompanhamento da criança.

[...] Então para mim, o que falaram era que seria para as mães que teria somente o alto risco de gestação, elas seriam encaminhadas. Se não fosse o alto risco de gestação, não seria enquadrado no perfil da mãe paranaense [...] Então é assim, o ginecologista ele avalia você [...] daí por

exemplo, se tiver algo de alto risco, como diabetes, pressão alta, alguma doença na gestação, aí sim eles encaminham para a Mãe Paranaense, fora isso não [...] (M1 AR-M3).

[...] eu já tinha visto cartaz alguma coisa em posto de saúde, até nas carteirinhas [...] É a respeito de acompanhar as mães [...] desde pré-natal [...] até uma certa idade da criança [...] (M7 RH-M3).

[...] Eu não conheço muita coisa não, eu já ouvi falar [...] mas não conheço [...] não sei se tem aqui na cidade (M6 AR-M3).

[...] Eu ouvi falar depois que eu me mudei para o estado do Paraná, até então só vi na carteirinha e não sabia do que se tratava [...] nunca ninguém me explicou realmente o que era o Rede Mãe Paranaense, então nesse assunto sou leiga [...] (M13 RH-M4).

[...] Eu ouvi falar lá no hospital [...] eles falaram que é para gente saber mais sobre as crianças [...] como que cuida [...]. É só isso que eu sei [...] (M10 AR-M4).

[...] Não, nunca ouvi falar [...] (M18 RH-M4).

[...] Ah eu já ouvi falar, mas não o que acontece (M21 AR-M2).

[...] Já ouvi no Cras, mas não sei o que é (M22 AR-M3).

Nos discursos das mulheres apreendeu-se que todos os profissionais de ambos os tipos de maternidades (RH e AR) fazem a contrarreferência para o serviço de atenção primária. Entretanto, há diferenças na forma de transmissão das orientações para a alta quanto à continuidade do cuidado da criança na unidade de saúde.

As formas de orientação dos profissionais das maternidades de AR foram por meio de comunicação oral e escrita. No caso das maternidades de RH, a orientação foi realizada somente por meio da comunicação escrita para que a mãe realizasse a leitura do documento fornecido na alta.

[...] Você tem que [...] levar o bebê para registrar [...] e tem que fazer o acompanhamento dela no posto (M1 AR-M3).

[...] falaram para eu levar no posto mais perto da minha casa [...] aí eles falaram assim: qualquer dúvida você lê o papel, está tudo dizendo aí, é só você ler [...] era bastante papel [...] (M6 AR-M3).

[...] a mulher me deu um caderninho e falou que era para os próximos exames e consultas [...] ir no posto que estava tudo anotado [...] (M3 RH-M3).

[...] falaram que teria que voltar para o posto. [...] teria que fazer o registro da criança [...] eu saí com uma folha explicando tudo que eu tinha que fazer [...] tudo que eu teria que acompanhar [...] (M7 RH-M3).

[...] Recebi orientações, não lembro quais, eram muitas, só lembro que eu tinha que [...] levar ela na unidade básica de saúde. (M22-AR-M2).

Quanto às orientações fornecidas pelos profissionais das maternidades para as mães, os discursos revelam que foram aquelas relacionadas ao agendamento da consulta com médico ou enfermeiro e a vacinação, em especial a BCG.

[...] Falou que ela vai ter um acompanhamento até o sexto mês que seria a puericultura, e que geralmente quem faz é o médico [...] ou a enfermeira [...] eles pediram para manter a vacina em dia [...] (M1 AR-M3).

[...] falaram para eu levar no posto mais perto da minha casa para fazer essa puericultura [...] e a vacina [...] (M6 AR-M3).

Disseram para procurar o posto onde eu tinha feito o pré-natal [...] teria que ir lá para fazer a puericultura e a primeira vacina a BCG [...] (M8 AR-M3).

[...] eles me entregaram o papel e falaram que era para eu levar no posto, para estar fazendo a puericultura [...] (M15 AR-M4).

[...] Orientou que as vacinas e as consultas eram na unidade básica de saúde (M13 RH-M4).

Nos discursos das mães que realizaram o parto em maternidade de AR, as orientações sobre os testes neonatais ocorreram tanto na alta quanto no retorno do bebê na própria maternidade após a alta, entretanto, em maternidades de RH, elas saíram com agendamento para alguns testes de triagem neonatal e consulta com pediatra. Quanto ao “teste da orelhinha” com alteração, foram referenciadas para o próprio serviço para o retorno e, depois, indicadas para acompanhamento na atenção primária.

Sim, ele tinha retorno, aí eles falaram dos testes, da vacina [...] (M9 AR-M4).

Sim, orientaram o teste do coraçãozinho e consulta com 1 mês após o nascimento (M23 AR-M1).

[...] Eles marcaram o teste da linguinha para ela e já marcaram também a consulta com o pediatra [...] (M4 RH-M3).

[...] Ela fez todos os exames, aí o exame da orelhinha que deu alterado, eu tive que depois de três dias voltar para fazer novamente, aí eles falaram que tinha que levar os papéis tudo no posto, para fazer o cartão dela [...] (M17 RH-M4).

O aleitamento materno, no momento da alta, é orientado pelos profissionais de maternidades de RH e AR, tanto no aspecto geral como na impossibilidade de amamentar o bebê.

[...] como ela não tinha sintoma de nada, nem da icterícia [...] o que eles falaram bastante foi sobre a amamentação, eles explicaram certinho pra gente [...] Ligaram perguntando como foi a adaptação (M16 RH-M4).

[...] eles falaram para caso eu não conseguisse amamentar, se no começo eu não tivesse leite [...] era para eu voltar lá [...] (M18 RH-M4).

[...] Ensinaaram manobra de desengasgo, tentaram de novo a forçar a amamentação mas não deu, aí passaram fórmula [...] orientaram leva o bebê direto para o posto[...] (M20 AR-M2).

II. Primeira semana pós-parto: Rede de cuidado do recém-nascido no domicílio

Nesta categoria, pôde-se apreender como se deu o atendimento do recém-nascido pela equipe das Unidades Básicas de Saúde dos municípios na primeira semana de vida, bem como a visita domiciliar no 5º dia de vida e a abordagem dos profissionais.

A visita domiciliar foi realizada nos municípios de médio e grande porte pela equipe de saúde na primeira semana de vida do recém-nascido e, de acordo com os discursos maternos, os profissionais fizeram uma consulta completa identificando o ambiente, examinaram o bebê, orientaram cuidados de higiene e amamentação e sinais de perigo, verificaram o Cartão da Criança, bem como agendaram as próximas consultas na unidade.

Veio as Agente Comunitária de Saúde e a enfermeira. Então, eles vieram aqui, olharam o quarto do bebê, olharam as condições de higiene da casa. A enfermeira falou: [...] mantenha a casa limpa [...] elas me ensinaram a dar banho, e depois me pediram pra eu dar um banho na frente delas [...] me pediram também para ver como é que eu estava dando o peito, aí eu mostrei para elas [...] eles olharam a carteirinha da bebê. [...] Na verdade eu nem saí de casa para agendar médico, elas mesmo já trouxeram agendado [...] com o pediatra, a primeira consulta [...] (M1 AR-M3).

O dia que eu tive alta eu cheguei em casa, e eles já vieram [...] eles viram a carteirinha, e já marcaram a consulta com o pediatra [...] e perguntaram sobre o trabalho de parto [...] orientaram se precisasse de ajuda para amamentar tinha um centro para isso e deram um papelzinho [...] (M4 RH-M3).

[...] Sim, recebi duas visitas do posto [...] A enfermeira chegou mediu o bebê viu como que eu estava fazendo a higienização dela [...] (M17 RH-M4).

Nos discursos das mães de município de grande porte, constata-se que a visita domiciliar foi realizada, entretanto, a consulta não foi realizada, apenas uma avaliação geral. Além disso, as mães foram orientadas para comparecer à unidade para realizar a puericultura.

[...] vieram três moças, a enfermeira “chefe” e mais duas enfermeiras [...] Ela veio ver se estava tudo bem com o bebê e falou para eu comparecer no posto para dar injeção nela [...] (M12 AR-M4).

Eu cheguei em um dia em casa, aí dois, três dias depois [...] o enfermeiro do posto veio [...] pediram a carteirinha [...] ele me orientou levar ele para fazer a puericultura porque como ele nasceu baixo peso, foi classificado como alto risco [...] disse para cada pelo menos 15 a 20 dias, tá indo no posto, por causa de ter nascido muito prematuro [...] eles falaram pra dar banho de sol [...] (M10 AR-M4).

[...] veio uma enfermeira [...] ela veio aqui, perguntou para mim se estava tudo certo, se ele estava mamando [...] aí ela falou que era para eu estar indo no posto agendar a primeira puericultura dele [...] (M15 AR-M4).

Observa-se nos discursos maternos dos municípios de médio e grande porte também que, aquelas as quais receberam visita domiciliar foram somente pelo ACS, para ser convocada a levar o filho para vacinação ou buscou atendimento na unidade de saúde. Mas, mesmo que algumas mulheres tenham sido classificadas como gestação de alto risco e, conseqüentemente, seus filhos, devam ser avaliados como tal, em nenhum momento receberam visita domiciliar dos profissionais das unidades básicas.

[...] Não, ainda não. Eu apenas recebi uma ligação esses tempo atrás, eu acho que a minha filha deveria ter uns três meses [...] (M3 RH-M3).

Nenhuma [...] Minha filha tá com sete meses e nunca [...] ninguém do posto passou por aqui e nem telefonou [...] (M2 AR-M3).

Não, só vieram aqui uma vez [...] por causa da vacina dele, e porque eu não estava levando ele na puericultura [...] pediram para levar o bebê no posto [...] Ele já tinha uns três meses mais ou menos [...] (M6 AR-M3).

Só do posto, não sei o que ela é, tinha um jaleco azul, ela veio ver meu filho [...] mas só, bem rápido (M9 AR-M4).

[...] Ninguém veio (M14 AR-M4).

[...] Na primeira semana não porque recebi alta no domingo e na segunda feira já fui no posto [...] (M16 RH-M4).

Não recebi visita (M22 AR-M2).

Ninguém foi fazer (M20 AR-M2).

III. Período neonatal: seguimento da criança na atenção primária

Esta categoria refere-se ao atendimento do neonato pelos profissionais das unidades de saúde e apreendeu-se que não há uniformidade do acompanhamento da criança considerando a classificação de risco.

Os discursos das mães apontam ainda que a primeira consulta do bebê realizada pelo pediatra da unidade básica de saúde foi completa, tanto no aspecto do exame físico quanto às orientações. Houve também o relato de atendimento do bebê no Hospital, sendo, neste caso, descrito pela mãe como melhor ao comparar com a UBS. Mesmo que a classificação tenha sido o alto risco, extraiu-se que a criança foi atendida apenas uma vez e não ocorreram consultas subsequentes para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, mas a mãe utilizou o serviço para manter o calendário vacinal em dia.

O médico [...] disse que ela [...] estava no peso certo. [...] ele colocou um aparelho no coraçãozinho dela, olhou a barriguinha, apalpou [...] olhou o olho, a boca, o nariz, o ouvido, mediu a cabeça, mediu o comprimento, o pediatra daqui é uma maravilha [...] perguntou se eles deram aquela aula de engasgamento [...] (M1 AR-M3).

No posto [...] teve uma consulta com o pediatra, depois ele não teve mais [...] eu só levava ele lá para as vacinas e para pesar [...] na primeira consulta o pediatra olhou tudo [...] aí perguntou se eu estava amamentando e falou que o peso estava bom [...] (M9 AR-M4).

[...] No primeiro mês foi bom, eles mediram tudo certo, mas no hospital foi melhor, porque ele passou lá também; mas no posto o pediatra não é muito bom [...] ele não pesa, não mede, tem que ficar pedindo, é complicado, já estou até fazendo particular (M15 AR-M4).

[...] foi tranquilo, ele examinou, tirou a roupinha certinho [...] fez exame físico [...] (M23 AR-M1).

No posto foi bom, precisei ir uma ou duas vezes [...] Medem a febre, tamanho, peso, mede a cabeça, o peito [...] (M20 AR-M2).

Em outras unidades de saúde a consulta foi intercalada entre médico e enfermeiro, tanto para o alto risco como para o risco habitual, totalizando duas consultas no primeiro mês de vida do bebê. Também houve agendamento de consulta subsequente.

Ela passou pela consulta com o pediatra. Examinou fez um exame completo e falou que estava tudo bem; aí ele já falou que iria ter que começar o acompanhamento na puericultura, orientou sobre vacina, perguntou se estava mamando no peito [...] O pediatra e as enfermeiras também falaram da questão do banho de sol. Perguntou se eu estava tendo dificuldade para amamentar e eu falei que não, que estava tranquilo [...] (M2 AR-M3).

Ela teve acho que duas consultas, uma puericultura e uma só com a enfermeira [...] elas pesaram, viram se estava crescendo direito [...] eu já saí do posto com a próxima consulta remarcada (M4 RH-M3).

A consulta realizada pelo enfermeiro foi apontada pelas mães como completa, tanto o exame físico quanto as orientações, bem como o atendimento da nutricionista.

Ah, olharam o ouvido dele, tiraram a roupinha, viram o peso, examinou ele todo [...] orientaram que cada mês ele tem que tomar vacina [...] disseram que o peso estava bom (M5 RH-M3).

Fui no posto de saúde uma vez e foi atendido pelo enfermeiro. Muito bom ele. [...] ele olhou se ele estava meio amarelo [...] ele pesou [...] falou que estava tudo bem [...] mas nunca passou pelo médico [...] (M6 AR-M3).

[...] viu se estava tudo certo [...] mediu ela, pesou sem roupa para saber se ela está no peso ideal, aí a nutricionista tirou dúvidas de alimentação para quem tem o bebê mais novo, como amamenta [...] é mais para tirar dúvida, a gente pergunta e ela responde (M19 RH-M4).

IV. Expectativas maternas para o cuidado da criança na Rede

A categoria se refere aos “motivos para” e revela o que as mulheres esperam nos atendimentos ao bebê. Nos discursos percebemos que a expectativa delas é o aumento do número de pediatras nas unidades de saúde para o acompanhamento do recém-nascido.

[...] mais pediatras, que muita das vezes a gente vai em lugares e não tem pediatra (M17 RH-M4).

[...] espero que [...] tenha mais acompanhamento pelo pediatra, que é muito pouco [...] é mais pela enfermeira [...] quem tem que acompanhar mais é o pediatra do que o enfermeiro [...] (M10 AR-M4).

[...] tem que ter mais pediatra, porque tem uma só, aí não tem como marcar direto (M14 AR-M4).

[...] Aqui no posto mesmo tinha que ter mais pediatra, porque tem uma só, aí não tem como marcar direto e só[...] (M20 AR-M4).

Outro ponto considerado importante pelas mães é que os profissionais das unidades de saúde realizem visita domiciliar, façam busca ativa, orientem sobre cuidados com o bebê, em especial, para as mulheres que vivenciam a primeira maternidade.

[...] precisa de mais atenção, mais conversa [...] principalmente com as mães de primeira viagem [...] (M5 RH-M3).

[...] mais atenção, comunicação e conversa [...] que os profissionais vão nas casas perguntar o que está acontecendo [...] (M6 AR-M3).

[...] sempre orientar o máximo possível, principalmente, se é mãe de primeira viagem que não sabe muita coisa e, provavelmente, tem tia, avó, vizinha que vai dar um monte de informação e, às vezes, não é a certa (M8 AR-M3).

[...] Ah, como mãe de primeira viagem, deveriam vir mais aqui em casa fazer visita[...] Espero que tenha mais profissionais [...] e que seja melhor conversado com as mães[...] (M21 AR-M2).

A expectativa das participantes é que os serviços também tenham nutricionista e atividades em grupo para abordagem sobre aleitamento materno.

[...] que tenha mais acompanhamento nutricional [...] acompanhamento para ver se os pais estão vacinando os filhos [...] que elas vão atrás mesmo [...] porque tem algumas mães que não se preocupam (M19 RH-M4).

[...] que tenha grupos para explicar sobre amamentação (M2 AR-M3)

7.1.4 DISCUSSÃO

As mulheres não conheciam o Programa Rede Mãe Paranaense, isso leva a acreditar que os profissionais da atenção primária dos municípios de médio e grande porte não vêm trabalhando a temática com as gestantes durante seu pré-natal. Tal dado relaciona-se com a pesquisa de Francisqueti et al. (2017) na qual foi constatado que as gestantes não tinham conhecimento sobre a Rede. Este fato demonstra que as mães não têm acesso às informações sobre seus direitos conforme preconizado pelas diretrizes.

Segundo a linha Guia do Programa, compete aos hospitais orientar e encaminhar a puérpera e o neonato para a atenção primária à saúde, após a alta, ou seja, para a “Primeira Semana de Saúde Integral”, garantindo a continuidade da

assistência. Esse processo é de extrema importância visto que auxilia a reduzir as mortes no período neonatal (OMS, 2009). Pinheiro et al. (2016), constataram que houve redução das orientações nos hospitais públicos. O contrário ocorreu nesta pesquisa, por meio da qual pode-se constatar que praticamente todos os hospitais direcionaram as mulheres para APS, porém, o que se destacou foram as diferentes formas de orientação dos profissionais entre os hospitais de Alto Risco e Risco Habitual.

Mesmo que haja a contrarreferência, percebe-se que ainda existe uma lacuna a ser enfrentada nesse processo, pois, além de superficiais, não existe uma uniformidade nas orientações transmitidas. Essa lacuna expressa as experiências vividas pelas mulheres desde a primeira semana de vida do bebê, ação social refletida na intersubjetividade que só pode ser compreendida mediante ações exteriorizadas, as quais constituem a base da comunicação e da relação social (CAMATTA, 2008; SCHÜTZ, 2012; CALDEIRA et al., 2012).

A linha guia do PRMP estabelece a consulta ou a visita domiciliar até o quinto dia pós-nascimento, no intuito de reduzir agravos neonatais e puerperais (PARANÁ, 2018). Porém, este estudo identificou que nos municípios tanto de médio quanto de grande porte esta ação tem sido pouco realizada, o que se relaciona com outra pesquisa desenvolvida por Lucena et al. (2018) a qual mostrou que nem todos os profissionais fazem a visita no tempo preconizado.

Ressalta-se que a visita proporciona maior contato da equipe com a díade mãe-bebê para orientações direcionadas às necessidades individuais e familiares, a fim de estimular e manejar o aleitamento materno, atualizar o calendário vacinal, agendar consultas e orientar cuidados de higiene.

A primeira consulta do recém-nascido deve ocorrer preferencialmente na sua primeira semana de vida, pois constitui um momento apropriado para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, orientar e realizar imunizações, verificar a realização da triagem neonatal para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família (BRASIL, 2012).

No presente estudo, o que se pôde apreender é que o acompanhamento da criança no primeiro mês de vida está ocorrendo, porém nem sempre no período estipulado pelas normativas ministeriais e da Rede. Fica claro também que o foco principal deste acompanhamento é o exame físico dos bebês, enquanto que as

orientações sobre o aleitamento materno, manobra do desengasgo, cuidados de higiene e com o coto umbilical são insuficientes.

Uma das ações fundamentais na consulta da criança é o estímulo ao aleitamento materno exclusivo, mas os depoimentos mostraram poucas orientações, diferentemente do que foi evidenciado na pesquisa de Souza et al.(2017).

As expectativas das mães giram em torno de ter mais médicos para o acompanhamento do seu filho no serviço de atenção primária, mas também esperam dos profissionais da Rede qualidade assistencial. Essas mães possuem interesses que lhes são próprios e que as motivam e as direcionam para a busca de cuidado nos setores da saúde (CALDEIRA et al., 2012; SCHÜTZ, 2012). Para tanto, esperam que durante o período neonatal e puerperal os profissionais de saúde prestem uma assistência integral e equânime nos diferentes aspectos, inclusive em relação ao conceito, cumprindo-se os objetivos e diretrizes ministeriais da Rede/programas.

Ficou evidente que as mulheres requerem médicos na assistência, deixando invisível a presença do enfermeiro no cuidado em todo ciclo gravídico puerperal e no cuidado à criança. Importante se faz ressaltar que dentre as ações da equipe de saúde, está explícita nas linhas guia e protocolos tanto no âmbito nacional, quanto no Estado do Paraná, sobre a importância do enfermeiro. Carlos, traga aqui o papel do médico e do enfermeiro descritos no Rede Cegonha e no PRMP. Traga também pelo menos 2 artigos recentes sobre o enfermeiro nesta modalidade de cuidado!!!

7.1.5 CONCLUSÃO

Apreendeu-se, a partir das entrevistas realizadas, o modo como as mães interagem com a Rede de cuidado para seus filhos e expressam vivências que não condizem com o que se preconiza nas diretrizes programáticas. Mesmo que o atendimento ao bebê tenha melhorado, ainda assim, as suas necessidades não são atendidas na totalidade e, como seus filhos não recebem uma assistência adequada de acordo com a Rede, as expectativas das mães giram em torno de ampliar o número de médicos, como uma possibilidade de melhor atendimento.

No que diz respeito a visitas domiciliares até o 5º dia após o parto, a atenção primária dos municípios de médio e grande porte não apresentam uniformidade no processo de trabalho, sendo que algumas equipes realizam as visitas e breves

orientações enquanto outras não. A Rede, nos municípios em estudo, ainda não oferece um acompanhamento sistemático da saúde da criança no período neonatal, remetendo para a exposição ao maior risco de agravos devido às restritas ações de promoção e prevenção. A figura do médico ficou evidente... Invisibilidade do enfermeiro...

Assim, espera-se que outros estudos possam ocorrer com a temática em tela para que novos resultados venham se somar a estes aqui encontrados, agregando conhecimentos. Pretende-se também que no ensino, na pesquisa e na assistência, esta pesquisa, possa instigar novos estudos e suscitar estímulo ao cuidado humanizado de qualidade à população neonatal.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa Edital: 01/2016, sob nº 2.053.304, e à 17ª Regional de Saúde do Paraná, pelo apoio à pesquisa e à articulação com os municípios para a realização das entrevistas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de quadros de procedimentos: **Aidpi criança**: 2 meses a 5 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 74p. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/17-0095-Online.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 271 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>

CALDEIRA, S. et al. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1-9, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1128>> acesso em: 01 out.2018

CALDEIRA, S. et al. Nurses and care delivery to elderly women: a social phenomenological approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 1-8, out. 2012.

CAMATTA, M. et al. Contributions from Alfred Schütz's phenomenological sociology for nursing research - review article. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 7, n. 2, abr. 2008.

FRANCISQUETI, V.; TESTON, E. F.; COSTA, M. A. R. Atendimento Ambulatorial sob a Perspectiva de Gestantes. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n.5, p. 1875-1881, maio, 2017.

LUCENA, D. B. de A. et al. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-8, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100425&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Setembro de 2018.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2015. p. 19-40. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>.

OLIVEIRA, V. B. C. A. de; VERISSIMO, M. de L. Ó. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 30-36, fev. 2015 .

Organização das Nações Unidas - ONU. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. p. 23. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda_2030.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). **Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar La supervivência**. Geneva: OMS, Unicef, 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70057/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf;jsessionid=DFB61FAE7966F9959DD858E6FD494A1B?sequence=1

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Linha Guia - Programa Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: [s.n], 2018. 55. p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>.

PINHEIRO, J. M. F. et al . Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 243-252, jan. 2016.

SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.

SOUZA, A. L. D. M. de et al. Consulta de enfermagem à criança após alta das maternidades: seguimento na atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.17, n.1, p 7-13, Jun. 2017.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011.

[TOPP, S. M. et al.](#) How to assess and prepare health systems in low- and middle-income countries for integration of services - a systematic review. **Health Policy and Planning**, v. 33, n.2, p 298-312, mar. 2018.

UNICEF. **Eleições 2018**: mais que promessas, Compromissos reais com a infância e a adolescência no Brasil. [S.l.: s.n], ago. 2018, Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/maisquepromessas.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – (WHO). World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2018. 86 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>>. **Acesso em: 10 de outubro de 2018.**

7.2 MANUSCRITO 2

O vivido de mulheres no pós-parto: des(caminhos) da assistência na maternidade e atenção básica

Resumo

Objetivo: compreender a vivência da mulher quanto ao seguimento puerperal pelo serviço de atenção básica. **Método:** Trata-se de pesquisa qualitativa utilizando-se referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz mediante entrevista gravado com 23 mulheres no domicílio em quatro municípios de uma Regional de Saúde, Paraná, Brasil, entre março e setembro 2018. **Resultados:** Os significados dos discursos, resultou em três categorias. Os “motivos porque”, experiências concretizadas, extraiu-se duas categorias: Puerpério imediato na Rede: des(preparo) para a alta da maternidade e des(cuidado) na Atenção Básica; Puerpério tardio na Rede: des(continuidade) do cuidado da mulher na atenção primária. Os “motivos para”, expectativas das mulheres, identificou-se uma categoria que versa sobre O cuidado no período puerperal na Rede: expectativas maternas. **Conclusão:** a Rede, nos municípios em estudo, ainda não oferece um acompanhamento sistemático da saúde da mulher no período puerperal, portanto, remetendo para a baixa resolutividade, acesso e integralidade, conseqüentemente, remete para a exposição ao maior risco de agravos devido às restritas ações de promoção e prevenção dos profissionais.

Descritores: Saúde da Mulher; Período Pós-Parto; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde.

7.2.1 INTRODUÇÃO

A maternidade é um evento de transformação, transpassa as expectativas da gestação e se torna um dos momentos mais peculiares na existência do ser humano. Assim, é de se esperar que seja uma ocasião de harmonia e bem-estar, no entanto, as alterações físicas, emocionais e sociais desse período levam a uma fase de mudança que é biologicamente determinada e culmina no nascimento (ZANATTA et al., 2018).

O puerpério é definido como período em que a mulher retorna às condições pré-gravídicas e é classificado como imediato (1° ao 10° dia), precoce (11° ao 42° dias) e remoto do 43° dia até um ano após o parto (BRASIL, 2001).

Nessa ocasião, a puérpera não somente vivencia as alterações físicas bruscas do seu corpo, mas também deve atender às necessidades de um novo ser que depende principalmente dos seus cuidados (PEREIRA; GRADIM, 2014). As mudanças desse período exigem adaptações das mulheres e suas famílias, além disso a rede de apoio utilizado é essencial para responder às novas alterações de forma positiva (ANDRADE et al., 2015).

A vulnerabilidade e as respostas ineficazes dessa rede podem trazer prejuízos à saúde materna e comprometer o vínculo mãe-bebê (ANDRADE et al., 2017). A passagem do parto ao nascimento afeta não somente a relação da mãe com o filho, mas também incide sobre as relações sociais e familiares. A transição desse período tem o maior efeito de desenvolvimento que a mulher pode vivenciar durante toda a vida (HENRIQUES et al., 2015).

O puerpério tem sido um momento de abandono pelo serviço de saúde, a atenção volta-se para o recém-nascido e as necessidades da puérpera não são atendidas nem tampouco questionadas, falta informação e a assistência é precária (COLLAÇO et al., 2016).

Na tentativa de suprir a fragilidade da assistência à saúde da mulher, o governo tem instituído programas, como a Rede Mãe Paranaense, que preconizam a realização da consulta puerperal até o quinto dia de vida do recém-nascido, assim como propõem a melhoria e fortalecimento da assistência no ciclo gravídico puerperal (PARANÁ, 2018).

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo compreender a vivência da mulher quanto ao seguimento puerperal pelo serviço de atenção básica.

7.2.2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa utilizando-se o referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (SCHUTZ, 2012). A abordagem foi realizada com mulheres residentes em quatro municípios (M1, M2, M3 e M4) dos 21 que compõem a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, no período de maio a setembro de 2018.

Os M1, M2 e M3 são municípios de médio porte e possuem uma maternidade cada para parto de risco habitual (RH), referência para outros 11 municípios, e o M4 corresponde a município de grande porte, compreendendo duas maternidades, sendo uma para RH, referência para duas cidades e, uma maternidade para Alto Risco (AR), que atende as 21 cidades da Regional e estados vizinhos.

As puérperas participaram do estudo mediante disponibilidade para a visita domiciliar agendada previamente via telefone, ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a entrevista gravada em mídia de áudio. Foram incluídas na pesquisa as mulheres classificadas como de Risco Habitual e Alto Risco, que residiam no município das maternidades em estudo e que, após a alta, utilizaram o serviço de atenção básica.

Para a entrevista gravada utilizou-se um roteiro com perguntas semiestruturadas extraídas da matriz proposta pelo PRMP: “Você já ouviu falar sobre o Programa Rede Mãe Paranaense? Conte-me o que você sabe (O que é para você?)”; “Na alta hospitalar, após o parto, você recebeu alguma orientação sobre qual serviço de saúde procurar para a continuidade do seu cuidado? Comente”; “Você recebeu visita da equipe de saúde na primeira semana pós-parto? Conte-me sobre essa visita”; “Após receber alta da maternidade conte-me como foi o seu acompanhamento no serviço de saúde no 1º mês após o parto?”; “O que espera dos serviços, das políticas públicas e dos programas voltados aos cuidados no período puerperal?”; “O que você espera do seu município/regional/estado (políticos) quanto ao cuidado puerperal?”; “Gostaria de falar sobre algo que não foi contemplado nesta segunda etapa da entrevista?”.

As entrevistas foram encerradas mediante a convergência dos “motivos porque” e dos “motivos para”, possibilitando a constituição do tipo vivido (SCHUTZ, 2012) no cuidado da puérpera no serviço de atenção primária após alta da

maternidade. O tempo médio para a entrevista foi de 50 minutos, considerando a interação do pesquisador com a participante.

Alfred Schütz afirma que o indivíduo age por intermédio de motivos existenciais que somados à experiência vivida exterioriza ações impulsionadas pelos “motivos porque” e “motivos para” (SCHUTZ, 2012). Essas ações são condutas que resultam em determinado fim e os “motivos porque” são as razões da personalidade desse indivíduo e do aprendizado que acumulou ao longo da sua vida. Os “motivos para” direcionam ações futuras e subjetivas, que são apreendidas quando há questionamento sobre o significado dessas ações (SCHUTZ, 2012; CALDEIRA et al., 2017).

O material resultante das entrevistas foi transcrito na íntegra e, em seguida, conferido e organizado por dois pesquisadores, cumprindo-se os seis passos do referencial (CARVALHO, MERIGHI, JESUS, 2013; CALDEIRA et al., 2017): leitura atenta e criteriosa de cada depoimento, para identificar e apreender o sentido global da ação social; releitura individual dos depoimentos para identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos porque” e “motivos para”; agrupamento das convergências dos depoimentos para extrair as categorias concretas; análise das categorias concretas para compreensão da ação social; a partir do conjunto de “motivos porque” e de “motivos para” foi constituído o tipo vivido expresso nas categorias concretas e discutidos à luz do referencial teórico-metodológico, bem como outros referenciais pertinentes ao objeto de estudo.

Para o sigilo das participantes estabeleceu-se a letra P (puérpera) seguida por número (nº) arábico na ordem das entrevistas e classificação do risco (RH e AR), além do porte do município (M1, M2 e M3 – Médio Porte; e M4 – Grande porte), sendo anotado da seguinte forma: Mnº RH-M1 ou M2 ou M3 ou M4 ou Mnº AR-M4. A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Diretoria da Regional de Saúde e Diretorias das Maternidades de cada município, bem como aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, parecer nº. 2.053.304 e CAAE: 67574517.1.1001.5231.

7.2.3 RESULTADOS

Foram entrevistadas 23 mulheres, as quais tinham idade entre 15 e 37 anos, sendo que mais da metade com ensino médio (completo ou incompleto), a maioria vivia com companheiro, treze eram primíparas e dez multíparas.

Os relatos maternos permitiram apreender os significados da vida após o parto e retorno para casa. Assim, pôde-se extrair três categorias que traduzem os “motivos porque” em duas: *Puerpério imediato na Rede: des(preparo) para a alta da maternidade e des(cuidado) na atenção básica* e *Puerpério tardio na Rede: des(continuidade) do cuidado da mulher*; e os “motivos para que” em uma categoria que versa sobre *O cuidado no período puerperal na Rede: expectativas maternas*.

I. Puerpério imediato na Rede: des(preparo) para a alta da maternidade e des(cuidado) na atenção básica

Esta categoria refere-se ao que a mulher sabe sobre a Rede e como se deu o processo de alta das puérperas nas maternidades, bem como as divergentes orientações fornecidas pelos profissionais. Também aborda o seguimento ou a falta no serviço de atenção básica no período puerperal imediato e tardio.

Apreendeu-se dos discursos que, tanto nos municípios de médio quanto no de grande porte, as mulheres não têm sido orientadas pelos profissionais sobre o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) e, aquelas que conhecem, recebem informações pontuais.

[...] Na verdade, eu não sabia que existia esse programa, aí quando eu fui fazer o pré-natal que verificaram que eu estava com a pressão alta, eu lembro que as meninas falaram encaminharia para a Rede Mãe Paranaense. Foi isso que eu escutei delas no posto. Eu acho que é um programa assim que todas as mulheres [...] poderiam ter acesso e pelo que eu percebi [...], só quem tem gravidez de risco, [...] Porque o acompanhamento é bem completo [...] Eu tive direito a vários exames, consultas e ultrassom, tudo de graça eu gostei bastante e achei muito importante [...] (P2 AR-M3).

[...] quando eu ganhei minha filha. [...] não lembro de nada, que ela falou [...] alguma coisa de auxílio, verificação da criança, se está acompanhando até não sei que idade, alguma coisa assim [...] (P3 RH-M3).

[...] Sim. Fui encaminhada para lá [...] É o acompanhamento para gravidez de risco [...] (P4 RH-M3).

[...] Não, nunca ouvi falar [...] (P5 RH-M3).

[...] Não, só no hospital mesmo [...] é o que faz as pesquisas [...] no pré-natal não fiquei sabendo de nada não [...] (P15 AR-M4).

[...] Não muito [...] Não tenho muita informação [...] (P16 RH-M4).

[...] no começo do acompanhamento, o médico me falou [...] (P23 AR-M1).

Ao comparar-se os discursos das mulheres que tiveram bebê em hospitais de Risco Habitual (RH) com as de Alto Risco (AR), observa-se que em ambos as orientações transmitidas acerca do período puerperal foram pouco exploradas e dispersas. Percebe-se pelos relatos que as informações transmitidas para as puérperas não foram uniformizadas e que, na sua maioria, as mães não eram direcionadas para o serviço de atenção básica para a continuidade do cuidado puerperal.

[...] É assim, me encaminharam para o Hospital de Clínicas (ambulatório AR) para fazer o acompanhamento lá [...] estou fazendo até hoje (P11 AR-M4).

[...] Orientou que os pontos eram para tirar no hospital [...] (P13 RH-M4).

[...] eles falaram para eu procurar o posto de saúde para continuar o acompanhamento. Para passar pelo ginecologista depois de um tempo (P2 AR-M3).

[...] Se eu tivesse dor, inchaço e vermelho nos pontos era para eu voltar no hospital [...] (P20 AR-M1).

Na primeira semana do pós-parto, percebe-se que, tanto nos municípios de médio porte quanto nos de grande porte, nem todas as unidades de atenção básica estão realizando as visitas domiciliares, indiferentemente se a mulher é considerada de RH ou AR, como podemos constatar nos seguintes relatos:

“Veio as ACS e a enfermeira [...] me pediram para ver como é que eu estava dando o peito, aí eu mostrei para elas [...] mostrei como é que estava a cirurgia. [...] eu nem sai de casa para agendar médico, elas mesmo já trouxeram agendado [...]” (P1 AR-M3).

“[...] Nenhuma [...] nunca ninguém do posto passou por aqui e nem telefonou [...]” (P2 AR-M3).

“[...] Eu acho que sim. Acho que veio Agente comunitário de saúde [...]” (P8 AR-M3).

“[...] Não recebi visita [...]” (P 11 AR-M4).

“[...] Na primeira semana não porque recebi alta no domingo e na segunda-feira já fui no posto [...]” (P16 RH-M4).

Apreendeu-se que das unidades que estavam realizando a visita domiciliar pouco se tem avaliado a puérpera nesse atendimento. Nos discursos percebe-se que são visitas rápidas e com pouca qualidade. Os dados verificados, em sua maior

parte, são: mamas, sangramento e os pontos cirúrgicos. Em nenhum relato foi levantado sobre outros aspectos, como os fisiológicos e emocionais.

“[...] recebi [...] olhou como estava minhas mamas, olhou a cesárea, e o sangramento” (P10 AR – M4).

“[...] ela me examinou e falou que eu estava muito amarela, muito pálida, aí me pediram exames de sangue [...] depois ela voltou outro dia para trazer o resultado de exame, e me examinar de novo [...] como não tinha nada alterado, eles só me orientaram para eu me alimentar melhor” (P17 RH-M4).

Constatou-se também que o foco da visita puerperal no domicílio prioriza o recém-nascido e exclui a mulher, mesmo assim, o atendimento não contempla todos os aspectos de cuidado da criança na consulta domiciliar. Quanto ao aleitamento materno, poucas foram as orientações. Isso ocorre tanto para a díade mãe-bebê de RH ou AR. Percebe-se que não ocorreram diferenças nos municípios de médio e grande porte.

“Veio a agente comunitária [...] ela perguntou [...] como que tinha sido o parto, se havia tido algum problema, alguma intercorrência [...]” (P7 RH – M3)

“[...] Só do posto, não sei o que ela é, tinha um jaleco azul, ela veio ver meu filho [...] mas só, bem rápido” (P9 AR – M4).

“[...] vieram três moças, [...] veio ver se estava tudo bem com a bebê [...] examinou ela mas não me examinou” (P12 AR – M4).

“[...] veio uma enfermeira [...] ela veio aqui, perguntou para mim se estava tudo certo, se ele estava mamando [...] aí ela falou que era para eu estar indo no posto agendar a primeira puericultura dele [...] ela não examinou ele e nem eu [...]” (P15 AR – M4).

“[...] Sim, mas só examinaram o bebê e me orientaram a procurar a UBS caso precisasse[...]” (P23 AR – M1).

II. Puerpério remoto na Rede: des(continuidade) do cuidado da mulher

Esta categoria aborda a vivência da mulher no serviço de atenção primária para aquelas que passaram pela consulta com ginecologista no período puerperal remoto. Refere-se ainda à ausência da visita domiciliar ou do seguimento pela equipe multiprofissional e do atendimento médico.

Sobre o atendimento prestado no período puerperal remoto, entre as mulheres que passaram por consulta, constata-se que a avaliação médica também se restringe ao exame da incisão cirúrgica, das mamas e a prescrição do anticoncepcional. A orientação sobre aleitamento materno foi pouco abordada na consulta com o ginecologista.

“Então o médico perguntou como é que estava a cirurgia [...] perguntou se fiz a laqueadura [...] aí eu respondi que dessa vez eu fiz, aí ele falou: então [...] nem vou passar medicamento para você. [...] ele avaliou também a cesárea e as mamas [...]” (P1 AR-M3).

“[...] o ginecologista conversou comigo sobre a questão do aleitamento materno, se estava tranquilo [...] questão da cesárea [...] aí como eu já era laqueada não agendou outra consulta [...]” (P7 RH-M3).

“Eu passei por consulta com o obstetra de novo para ver se estava tudo certo [...] O médico examinou o útero, os pontos se estava normal [...] Ele passou anticoncepcional, e disse que depois do 5º mês podia parar de tomar esse e voltar para o antigo que eu já tomava ou consultar com ele, para ele receitar outro” (P8 AR-M3).

“[...] Consultei com o ginecologista aí ela passou para mim um anticoncepcional que eu posso tomar enquanto estou amamentando [...] agora estou esperando a próxima consulta” (P19 RH-M4).

As falas a seguir expressam a frustração da puérpera quanto à consulta médica, pois, um fez a anamnese, mas não realizou o exame físico, enquanto o outro apenas indicou o contraceptivo.

“[...] Eu passei pelo ginecologista, mas [...] o jeito dele meio seco, ele nem encostou em mim; perguntou se eu estava bem, como eu estava me sentindo, se eu estava amamentando, fez um monte de pergunta e me receitou um anticoncepcional e a consulta foi essa. Em nenhum momento ele tocou em mim para verificar [...] se o útero estava no lugar, em nenhum momento ele fez isso [...]” (P2 AR-M3).

“[...] eu tive consulta com ginecologista 20 dias pós-parto, mas ele não me avaliou, só passou medicação oral” (P22 AR-M1).

Apreendeu-se em outros discursos que a busca de cuidado depende da própria mulher ou ela fica sem nenhum atendimento, visita domiciliar ou consulta previamente agendada, em ambas as classificações de risco. Por outro lado, a procura pelo atendimento deve ser encarada como um ponto positivo, pois isso reflete a prática do autocuidado. Um dos obstáculos para o acompanhamento na unidade é a distância geográfica entre o domicílio e a unidade de saúde.

“[...] ninguém do posto passou por aqui e nem telefonou [...]” (P2 AR- M3).

“Não consultei, eles não falaram nada [...] meu prontuário foi mandado para outro posto, por causa do médico [...] um posto muito longe e eu com bebê fica difícil para ir [...]” (P6 AR-M3).

“[...] Eu não precisei de atendimento [...] Eu fui por minha conta para ver qual anticoncepcional tomar [...]” (P14 AR-M4).

“[...] Eu não passei por consulta depois do parto” (P16 RH-M4).

“[...] Não. Ninguém foi fazer [...]” (P20 AR-M1).

“[...] Não recebi visita [...]” (P21 AR-M2).

Quando houve agendamento na unidade de saúde, a mulher não conseguiu ser atendida devido ao tempo prolongado de espera pelo médico e também acabou não sendo acolhida pela equipe de enfermagem que poderia ter realizado sua consulta, por conseguinte, ficou sem método contraceptivo.

“[...] Eles marcaram uma consulta com o ginecologista para as 13h:00min, e era 15h:30min e ele não tinha chego ainda. Aí como eu não queria levar ela, porque ela era pequenininha a primeira vez, ela começou a chorar para mamar e eu vim embora; remarquei a consulta, ele atrasou mais de duas horas novamente, aí eu falei que não iria mais [...] não estou usando anticoncepcional [...]” (P4 RH-M3).

III.O cuidado no período puerperal na Rede: expectativas maternas

As expectativas revelam o que as mulheres experienciam no período puerperal e o que esperam do atendimento dos profissionais de saúde, bem como da qualidade da assistência.

Nos relatos abaixo, as mulheres expressam suas necessidades no período puerperal, sugerem que o atendimento esteja focado no cuidado com o processo de comunicação e interação profissional-puérpera para lidar com esse momento. Indicam também a necessidade de orientações sobre como amamentar, manejar a fissura e sobre o planejamento reprodutivo, em especial, para as mães que vivenciam a primeira maternidade.

“[...] Eu acho que tinha que ter mais atenção com a mãe [...] que tenha grupos para explicar sobre amamentação [...]” (P2 AR-M3).

“[...] mais atenção, comunicação e conversa [...]” (P6 AR-M3).

“[...] mais orientação sobre planejamento familiar” (P7 RH-M3),

“[...] total atenção, porque a mãe não sabe nada, eu mesmo quando meu filho chorou no meu colo a primeira vez eu não sabia nem o que fazer [...]” (P9 AR-M4).

“[...] quando eu cheguei a primeira vez a enfermeira que me atendeu na puericultura [...] foi bem grosseira comigo e disse que eu tinha que me dedicar, porque a criança precisava ganhar peso [...] eu estava me dedicando, eu tinha muita fissuras no bico, estava bem machucado e a gente continuou tentando [...] aí eu entendi que o foco vira a criança e a mãe fica meio de lado” (P16 RH-M4).

Outra expectativa presente nas falas das participantes envolve a qualificação dos profissionais que atendem as mulheres no período puerperal, assim como disponibilidade de médicos ginecologistas nas unidades de saúde, pois aquelas que

os tem não suprem as necessidades da população, conseqüentemente, o rearranjo é buscar por assistência privada.

“[...] acho que precisa de mais profissionais [...] Porque o serviço tem, mas depende da pessoa” (P5 RH-M3).

“[...] mandando mais médico para cá” (P6 AR-M3).

“[...] precisava de médico, que não tem no posto [...] se quiser passar com uma ginecologista tem que pagar porque no posto não tem e não tem previsão de quando vai vir um ginecologista” (P11 AR-M4).

A mulher expressa, no discurso a seguir, a divergência entre o programa pré-natal e o acompanhamento puerperal, pois, em um é assistida sistematicamente e, em outro, há abandono do seguimento.

“[...] fazer mais exames [...] depois do parto, tanto para mãe quanto para criança. [...] a gente faz exame só antes do parto [...] depois você não faz nada, só passa com o médico ginecologista, só isso [...]” (P10 AR-M4).

7.2.4 DISCUSSÃO

As puérperas, tanto dos municípios de médio como de grande porte, pouco conhecem sobre o PRMP e, conseqüentemente, sobre seus direitos preconizados nas diretrizes da Rede, remetendo para a lacuna da assistência dos profissionais desde o acompanhamento pré-natal até o período puerperal.

A Linha Guia do PRMP determina que compete aos hospitais fornecerem ações, orientações de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, além de encaminhamento à consulta de puerpério após alta, garantindo a continuidade da assistência (PARANÁ, 2018)

Mesmo com a importância desse processo, neste estudo, extraiu-se os significados do mundo da vida refletida na vivência das mulheres que fazem uso da Rede desde o ciclo gravídico até o período puerperal (SCHUTZ, 2012). Percebeu-se, nesta pesquisa, que não há reciprocidade de intenções entre a mulher/mãe e os profissionais de saúde na relação estabelecida de cuidar-cuidado. A mulher requer cuidado qualificado, mas não recebe como gostaria. A bagagem de conhecimentos dos profissionais, nesse contexto, merece ser avaliada. Apreendeu-se que essa prática não vem ocorrendo no momento da alta nos hospitais de risco habitual e alto risco, mas sim, no retorno ao próprio hospital apenas para retirada de pontos cirúrgicos.

Ficou evidente a vivência e a perspectiva da mulher frente aos exames laboratoriais, de imagem e a presença do médico como protagonista da assistência. Timidamente aparece a presença do enfermeiro no cuidado em todo o ciclo gravídico puerperal e cuidado com o bebê. Carlos, traga aqui o papel do médico e do enfermeiro descritos no Rede Cegonha e no PRMP. Traga também pelo menos 2 artigos recentes sobre o enfermeiro nesta modalidade de cuidado!!!

Para Silva et al. (2016), na transição do hospital para casa, especialmente quando a mulher é primípara, é grande a necessidade de adquirir segurança no autocuidado e desempenho do papel de mãe. Para tanto, de acordo com o Ministério da Saúde, assim como a Linha Guia do PRMP, compete à atenção básica realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto, com o intuito de garantir o acesso ao planejamento reprodutivo, avaliar as condições clínicas e emocionais e estimular o aleitamento materno (BRASIL, 2012; PARANÁ, 2018).

No entanto, assim como nos estudos de Silva (2016) e Sitrin (2013), apreendeu-se que os profissionais das unidades de saúde, tanto de municípios de médio quanto de grande porte, estão realizando poucas visitas puerperais e, aqueles que as fazem, avaliam apenas as mamas, sangramento e os pontos cirúrgicos, privando as mulheres de cuidados quanto à condição emocional, autocuidado, adaptação à vida de mãe e mulher após o parto.

Em relação ao acompanhamento da puérpera na unidade básica de saúde, independente do porte do município, constatou-se que nem todas as puérperas estão passando por consulta puerperal, o que vai ao encontro com a pesquisa de Correa (2017). Percebe-se ainda que as mulheres que acabaram de passar pela consulta puerperal, tiveram uma anamnese e exame físico escasso o que pode demonstrar uma baixa qualidade técnica do cuidado puerperal. Esse dado relaciona-se com um estudo de metassíntese de Correa (2014), no qual identificou-se que as puérperas expressaram insatisfação com o atendimento de suas necessidades, principalmente pela focalização no bebê, desatenção às primíparas e abordagem clínica falha.

A situação biográfica dos profissionais da saúde no cuidado à puérpera é resultado da bagagem de conhecimento adquirida ou não sobre o cuidar-cuidado no PRMP (SCHÜTZ, 2012). Essa bagagem de conhecimento pode ocorrer a partir da formação acadêmica, formação complementar, capacitações, adquirindo experiências com outros profissionais da rede. Assim sendo, pelos relatos das

mulheres participantes deste estudo, faz-se necessário investir em qualificação e requerer por parte dos profissionais que sua atuação seja de qualidade e com resolubilidade.

Um obstáculo encontrado no estudo referente ao acompanhamento puerperal foi a acessibilidade, pela distância da residência até a UBS, e também o tempo prolongado de espera para o atendimento. Esses fatores contribuíram para que não alcançassem a integralidade do cuidado puerperal, visto que as puérperas ficaram sem a consulta e, conseqüentemente, sem anticoncepcional. Esses dados relacionam-se com a pesquisa de Silva (2016) por meio da qual foi verificado que a maioria das mulheres reconheceu como barreira a distância entre a residência e o serviço de saúde e o tempo de espera para as consultas.

Apreendeu-se também que houve casos onde a mulher teve que procurar o atendimento, visto que a AB não realizou busca ativa e nem agendamento de consulta para a puérpera. Em contrapartida, o fato da busca pelo autocuidado pela puérpera pode ser encarado como ponto positivo, pois ela está assumindo sua responsabilidade.

Quirino, 2016, observou que a prática do autocuidado pelas mulheres no período de puerpério remoto estava relacionado a idade e a inserção social delas, assim como sofreu influências de suas crenças. Sendo assim é papel do profissional da AB oferecer-lhes orientações para ajudar na vivência do puerpério.

Quanto ao incentivo ao aleitamento materno durante a consulta puerperal, pode-se identificar, segundo os relatos, que foi pouco abordado pelos profissionais. Segundo Andrade (2015), é no puerpério que a nutriz necessita de orientação, apoio e assistência de profissional habilitado, visto que é nesse cenário que aparecem as principais intercorrências como: leite insuficiente ou em excesso, ingurgitamento, fissuras, entre outras dificuldades.

Pela visão medicalocêntrica de cuidados, e por não terem conhecimento sobre o PRMP e seus direitos, as expectativas das mulheres giram em torno de ter mais médicos ginecologistas para o seu acompanhamento, mas também esperam dos profissionais da Rede mais atenção, orientação e qualidade assistencial. Essas mulheres possuem interesses que lhes são próprios e que as motivam e as direcionam para a busca de cuidado nos setores da saúde (CALDEIRA et al., 2012; SCHÜTZ, 2012). Para tanto, pode-se tipificar esse grupo social de mulheres participantes, no presente estudo, como aquele que espera que durante o ciclo

puerperal os profissionais de saúde prestem uma assistência integral e equânime nos diferentes aspectos, cumprindo-se os objetivos e diretrizes ministeriais das Rede/programa.

7.2.5 CONCLUSÃO

Apreendeu-se, a partir das entrevistas concedidas pelas mulheres, o modo como interagem com a Rede no cuidado puerperal. Dessa maneira, contata-se que expressam vivências as quais não condizem com o que se preconiza nas diretrizes. Para tanto, suas necessidades não são atendidas na totalidade e, como não recebem uma assistência efetiva, as suas expectativas giram em torno de ampliar o número de médicos, especialmente, em ações simples as quais não demandam aumento de custos como mais atenção e orientação na possibilidade de melhor atendimento.

A Rede, nos municípios em estudo, ainda não oferece um acompanhamento sistemático da saúde da mulher no período puerperal, portanto, remete para a exposição ao maior risco de agravos devido às restritas ações de promoção e prevenção dos profissionais.

Espera-se que os resultados aqui encontrados possam subsidiar com informações e reflexões os profissionais da saúde na assistência à mulher, bem como os gestores, primando por qualidade e resolubilidade. No universo do ensino e da pesquisa, pretende-se também que esta pesquisa possa instigar novos olhares e novos estudos sobre esse fenômeno aqui estudado, o que pode possibilitar reflexões e devolutivas aos profissionais, às mulheres/mães e aos seus filhos no contexto do cuidar-cuidado.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa Edital: 01/2016, sob nº 2.053.304, e à 17ª Regional de Saúde do Paraná, pelo apoio à pesquisa e à articulação com os municípios para a realização das entrevistas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiano de Jesus; BACCELLI, Marcela Silva; BENINCASA, Miria. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. *Vínculo*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017.

ANDRADE, Raquel Dully et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-186, Mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>.

CALDEIRA, S. et al. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1-9, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1128>> acesso em: 01 out.2018

COLLAÇO, V.S. et al. Parir e nascer num novo tempo: o cuidado utilizado no puerpério pela Equipe Hanami. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.20 , p. 1-7, abr. 2016. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1082>> acesso em: 05 out.2018

CORREA M. S. et al. Women's perception concerning health care in the post-partum period: a meta-synthesis. **Jornal Aberto de Obstetrícia e Ginecologia**, v. 4, n. 7, p. 416-426, 2014.

CORREA, M. S. M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1-12, 2017.

HENRIQUES, C. M. G. et al. Determinantes na transição para a parentalidade. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 2, p. 63-68, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 out. 2018

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). **Linha Guia - Programa Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: [s.n], 2018. 55. p. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>.

PEREIRA, M. C.; GRADIM, C. V. C. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 13, n.1, p.35- 42, jan./mar., 2014.

SANTOS, S. M. P. dos, et al. Assistência à saúde da mulher no ciclo Gravídico-Puerperal: Avaliação da acessibilidade na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.2, n.1, p.1-10, fev. 2016.

SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes; 2012.

SILVA, L. L. B. et al. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 1-9, set. 2016.

SITRIN, D. et al. Reaching mothers and babies with early postnatal home visits: the implementation realities of achieving high coverage in large-scale programs. **Plos One**, v. 8, n. 7, p. 1-9, jul. 2013.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesquisa e prática psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-16, 2018.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Rede Mãe Paranaense veio como uma proposta fundamentada para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil, com novos rearranjos, por meio da regionalização, para garantir o acesso, a integralidade e a resolubilidade. Sendo uma nova proposta de Rede, entende-se que deve ser avaliada na percepção da usuária para que fragilidades e potencialidades sejam identificadas e (re)ajustes possam ser propostos e realizados.

Quando se busca avaliar os serviços de saúde, a opinião dos usuários quanto à assistência prestada é considerada de extrema importância, pois são eles que utilizam a Rede e que poderão contribuir para a melhoria do sistema de saúde.

Apreendeu-se com as mulheres, o modo como interagem com o PRMP no cuidado puerperal e neonatal, expressam vivências que não condizem com o que se preconiza nas diretrizes programáticas. Para tanto, suas necessidades não são atendidas na sua totalidade e, como não recebem uma assistência qualificada de acordo com a Rede, as suas expectativas giram em torno de ampliar o número de médicos, mais atenção e orientação como uma possibilidade de melhor atendimento.

A contrarreferência da maternidade para a atenção básica não atende o preconizado nas diretrizes da Rede, bem como o seguimento materno-infantil não é sistemático, portanto, remete para a exposição ao maior risco de agravos devido a restritas ações de promoção e prevenção dos profissionais.

Ajustes devem ser realizados, principalmente quanto a contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde, a realização da visita domiciliar até o 5º dia, orientações e o acompanhamento da puérpera e do neonato na atenção primária a saúde

Espera-se que este estudo possa contribuir com a melhor assistência por parte dos profissionais que atuam no PRMP, e que, por meio do compartilhar destas experiências, as debilidades sejam (re)construídas. Além disso, faz-se necessário vislumbrar outras pesquisas, uma vez que novos olhares poderão ser lançados sobre o mesmo objeto e fenômeno com as mulheres/mães participantes destas mesmas categorias profissionais e, em outros cenários, contextos e programas semelhantes a este aqui pesquisado para somar-se aos resultados encontrados.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro Semi-estruturado
PESQUISA QUALITATIVA - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO - QUESTÕES
ORIENTADORAS

1ª Parte – Sobre o Pré Natal – “Motivos Por que” e “Motivos Para”.

Motivos Por que = O que vivenciou/experenciou até o momento (Questões 1 a 6).

1. Você já ouviu falar sobre o Programa Rede Mãe Paranaense? Conte-me o que você sabe sobre o PRMP. (O que é para você?)

Roteiro orientador: identificar o que sabe sobre a Rede de assistência materno-infantil no seu município.

Motivos por que = O que vivenciou/experenciou até o momento

2. Na alta hospitalar, após o nascimento do(a) seu(ua) filho(a), você recebeu alguma orientação sobre qual serviço de saúde procurar para a continuidade do cuidado da criança? Comente.

3. Você recebeu visita da equipe de saúde na primeira semana de vida do(a) seu(sua) filho (a). Conte-me sobre essa visita.

4. Após receber alta da maternidade conte-me como foi o seu acompanhamento e do bebê no serviço de saúde no 1º mês após o parto.

Roteiro orientador: averiguar se a mulher recebeu VD ou fez consulta de retorno puerperal, como foi esta consulta se teve intercorrências biológicas e emocionais; Identificar se a criança foi atendida pelo serviço no domicílio (VD) ou na UBS (se consultório particular identificar o motivo): se testes neonatais completos (facilidades e dificuldades), se adoeceu, se ganhou peso (facilidades ou dificuldades), alimentação (desmame, motivos do desmame, dificuldade para amamentar), algum acidente (engasgo, queimadura, etc), vacinação em dia, orientações para próximas consultas, etc.

Motivos para = Expectativas

5. O que espera dos serviços, das políticas públicas e dos programas voltados à saúde da mulher no que diz respeito à Assistência no Puerpério e Cuidados com a Criança?

6. O que você espera do seu município/regional/estado (políticos) quanto à assistência no puerpério e cuidado da criança?

APÊNDICE B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Convido você para participar da pesquisa intitulada “**Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto e puerpério e da criança**”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a Implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR em 09 de maio de 2017 sob o número 2.053.304 CAAE: 67574517.1.1001.5231.

Precisaremos encontrar você em **4 momentos** para realizar **entrevista** na maternidade; visitando sua casa aos **30 dias, seis meses (entrevista gravada)** e **1 ano e 6 meses** após o parto. **Para visitá-la iremos ligar e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade.**

Iremos perguntar sobre como foi o seu pré-natal, parto, puerpério e seguimento do seu filho após alta a maternidade. Em momento algum seu nome será divulgado, garantimos o sigilo e anonimato, visto que você será identificada com a letra M (mãe/usuária) e numerada pela ordem das entrevistas (1, 2, 3, etc). Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como, você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, a preservar sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os possíveis riscos do estudo se referem: disponibilizar seu tempo e alguns desconfortos que pode ter durante a entrevista, porém poderá interromper sua participação a qualquer momento e esta decisão não irá interferir nos cuidados ofertados à você. Faremos o possível para auxiliá-la caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento para você, outras mulheres e crianças. Também faremos grupos de orientação ao final da pesquisa, para esclarecer suas dúvidas sobre saúde e prevenir futuros riscos em uma nova gestação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com **Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari**, moro na rua Joana Darc 99, meus telefones são (43)33222904 ou 999141138, email: ropimentaferrari@uel.br ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Em se tratando de menores de 18 anos informamos que esta pesquisa atende e respeita os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990, sendo eles: à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Garantimos também que será atendido o Artigo 18 do ECA: “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.” Portanto, solicitamos a sua autorização para que ela participe desta pesquisa, bem como a autorização do menor.

Solicito sua autorização para que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações para melhorar a assistência das mulheres e crianças nos serviços de saúde na Rede Mãe Paranaense. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador. Para maiores informações ou em caso de não querer mais participar do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43)3371-4000.

Data:...../...../.....

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com a minha participação **voluntária** na pesquisa descrita acima. Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

PARA MENORES DE 18 ANOS

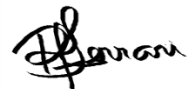
_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com a participação **voluntária** da **CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE** sob minha responsabilidade na pesquisa descrita acima. Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Caso o ADOLESCENTE SEJA MAIOR DE 12 ANOS, deverá constar o espaço abaixo para assinatura do menor.

Assentimento Livre e Esclarecido do Adolescente

_____, tendo sido totalmente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____



Como pesquisador responsável, DECLARO ter realizado todas as orientações necessárias.

Profª. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
Departamento Enfermagem-Centro de Ciências da Saúde
Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina-PR
Fone: (43)33712249 ou 999141138
E-mail: ropimentaferrari@uel.br; RG.: 4.919.594-0

ANEXOS

ANEXO A

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE



Ofício nº 62/2017

Curitiba, 01 de março de 2017.

Prezada Senhora

Em resposta a Carta de Solicitação da Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem, que propõem estudo multicêntrico instituído: **“Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto puerpério e da criança”**, tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina.

Aprovo a realização do referido projeto, bem com informo do interesse desta Superintendência em ter conhecimento dos resultados do estudo, tão logo os mesmos estejam concluídos.

Atenciosamente



Juliano Schmidt Gevaerd

Superintendente de Atenção à Saúde – SAS

Ilma. Senhora

Profª. Drª. Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

SUPERINTENDENCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SAS

Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4418 Fax 3330-4514
www.saude.pr.gov.br

ANEXO B – Parecer comitê de ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA

Pesquisador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67574517.1.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.304

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários) tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (5ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde;

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep250@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Científica
UNESUL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Descrever a assistência no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança prestada nas Regionais de Saúde conforme os objetivos do Programa Rede Mãe Paranaense; Verificar a relação entre a organização da rede assistencial nas Regionais de Saúde e a adequação do cuidado no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança; Apreender a percepção da mulher sobre a assistência prestada nas Regionais de Saúde.

no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tendo em vista o fato de que uma das estratégias de coleta de dados será entrevista com gravação, pode haver constrangimento da participante do estudo. Da mesma forma, caso tenham ocorridos eventos negativos na vivência do ciclo gravídico puerperal em análise, falar sobre o mesmo pode gerar desconforto emocional. Os pesquisadores se comprometem a acolher e tomar as providências cabíveis para cada caso específico, de acordo com o Item V da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Benefícios:

A partir dos resultados obtidos do presente estudo espera-se que estes possam subsidiar propostas de ações que visam cumprir os objetivos e princípios da Rede Mãe Paranaense e, por conseguinte, que gestores favoreçam a oferta de recursos adequados e suficientes (materiais, estrutura e humanos) aos profissionais que prestam assistência à mulher gestante, parturiente, puérpera e criança nos diferentes níveis de cuidado que atenda as expectativas dos usuários, um direito de todos. Também que, no âmbito do ensino e pesquisa, instigue novas investigações na temática em outras Regionais de Saúde do Paraná, bem como em outros estados brasileiros. Haverá benefício direto às participantes por meio de orientações em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a avaliação da implementação de políticas na área de saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR Município: LONDRINA	
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep258@uel.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727323.pdf	26/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	26/04/2017 07:08:37	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCEv1.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	v1Projeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

LONDRINA, 03 de Maio de 2017

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maoli Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR Município: LONDRINA CEP: 86.057-970
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep250@uel.br