



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

FLÁVIA FRANÇO SO GENOVESI

**CUIDADO MATERNO AO LACTENTE E SEGUIMENTO DA
DÍADE MÃE-FILHO NO SERVIÇO DE SAÚDE: ANÁLISE EM
UMA COORTE DE NASCIMENTOS**

Londrina
2016

FLÁVIA FRANÇO SO GENOVESI

**CUIDADO MATERNO AO LACTENTE E SEGUIMENTO DA
DÍADE MÃE-FILHO NO SERVIÇO DE SAÚDE: ANÁLISE EM
UMA COORTE DE NASCIMENTOS**

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: Profa. Dra. Rosângela Aparecida
Pimenta Ferrari

Londrina
2016

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

Genovesi, Flávia Françaço.

Cuidado materno ao lactente e seguimento da díade mãe-filho no serviço de saúde:
análise em uma coorte de nascimentos / Flávia Françaço Genovesi. - Londrina, 2016.
84 f.

Orientador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro
de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Pediatria - Tese. 2. Serviços de saúde - Tese. 3. Cuidado à mulher e criança - Tese.
4. Materno-infantil - Tese. I. Aparecida Pimenta Ferrari, Rosângela. II. Universidade
Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

FLÁVIA FRANÇO SO GENOVESI

**CUIDADO MATERNO AO LACTENTE E SEGUIMENTO DA DÍADE
MÃE-FILHO NO SERVIÇO DE SAÚDE: ANÁLISE EM UMA COORTE
DE NASCIMENTOS**

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.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Aparecida
Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profª Dra. Alexandrina Aparecida Maciel
Cardelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profª PhD. Christine Bacarat de Godoy
Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT

Londrina, 10 de Novembro de 2016.

DEDICATÓRIA

À meus pais, Ivan e Roseli e minha irmã
Fernanda por sempre serem meu porto seguro
e me apoiarem a buscar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família por todo o apoio e paciência que tiveram nesses dois anos árduos de estudo.

Agradeço à minha orientadora Rosângela, que me acompanha há pelo menos 4 anos e sempre acredita na minha capacidade e me impulsiona quando eu mesmo duvido ser capaz.

Meu namorado por ter me impulsionado desde o começo e ter andado junto comigo por todo esse tempo.

Meus colegas de trabalho no Hospital, em especial minha coordenadora Cristina Garcia, que foi flexível quanto meu horário de trabalho e me apoiou e permitiu que realizasse o mestrado com êxito.

Às colegas dos grupos de pesquisa, alunas da Iniciação científica que me ajudaram no trabalho com o banco de dados.

Ao professor José Carlos Dalmas pelo auxílio na análise estatística.

À banca examinadora, composta pelas professoras Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, Phd. Christine Bacarat de Godoy, Dra. Thais Aidar de Freitas Mathias e Dra. Sandra Mara Maciel, agradeço por todos os apontamentos e contribuições.

À Seção de Pós-Graduação que esteve sempre presente para sanar minhas dúvidas e auxiliar no que fosse necessário.

Aos colegas de turma do programa, que juntos passamos por momentos intensos, compartilhamos experiências e vencemos. Aos amigos mais próximos que o mestrado me deu, agradeço por todos os conselhos e conversas, pois não teria sido igual sem vocês.

Gostaria de agradecer também aos meus amigos de longa data e distância que apesar das circunstâncias da vida, me apoiaram mesmo com quilômetros de distância nos separando.

Epígrafe

“A vida concede a cada um de nós apenas alguns raros momentos de felicidade. Às vezes são apenas dias ou semanas. Às vezes são anos. Tudo depende da sorte de cada um. A lembrança desses momentos nos acompanha para sempre e se transforma num país da memória ao qual tentamos regressar pelo resto de nossas vidas, sem conseguir.”

Carlos Ruiz Zafón

GENOVESI, Flávia Franço. **Cuidado materno ao lactente e seguimento da díade mãe-filho no serviço de saúde**: análise em uma coorte de nascimentos. 2016. 84 f. Exame de qualificação de mestrado/dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Objetivo: analisar o cuidado materno ao lactente após o nascimento e a assistência materno-infantil prestada nos serviços de saúde do pré-natal ao período puerperal. **Método:** Recorte do estudo de coorte prospectivo “Fatores de risco para morbimortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto”, Londrina, Paraná, realizado no período de julho de 2013 a fevereiro de 2015. A coleta dos dados ocorreu em quatro etapas em formulário estruturado com questões abertas e fechadas: 1ª. coleta na maternidade pós-parto em prontuários, Cartão da Gestante e entrevista; 2ª. acompanhamento da consulta ambulatorial no retorno puerperal imediato; 3ª. visita domiciliar 42 dias pós-parto; 4ª. visita domiciliar um ano pós-parto. O presente estudo contemplou as três primeiras etapas considerando o n 357. Os dados foram processados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences® utilizando-se análises descritivas e $p < 0,05$, Teste Q-quadrado, cálculo de medidas de tendência central e dispersão utilizando o valor de adequação ($\geq 70\%$). **Resultados:** ao analisar a paridade observou-se significância estatística para faixa etária ($p < 0,0001$), escolaridade ($p < 0,0001$), situação conjugal ($p = 0,039$). O parto vaginal e condição de nascimento adequada foram predominantes para ambos os grupos. O aleitamento materno exclusivo ocorreu para a maioria ($p = 0,071$), contudo, aos 42 dias mais da metade abandonou, pouco mais entre primíparas (57,3%). Entre elas, tiveram mais problemas para amamentar tanto na maternidade ($p = 0,001$) como após alta ($p = 0,007$) se comparadas às múltíparas. As dificuldades para cuidar do recém-nascido foram maiores entre primíparas (79,7%) que múltíparas (65,6%). O banho de picão para icterícia (46,4%), leite materno para conjuntivite (52,6%) e coleito (38,8%) foram mais frequentes entre múltíparas. O uso de substâncias não recomendadas no coto umbilical (37,5%) e chá para o alívio da cólica (49%) indicados pelos familiares (82,6%) entre as primíparas. A análise da assistência materno-infantil no serviço de saúde demonstrou 33,3% de adequação das variáveis do domínio 1 (pré-natal), 50% no domínio 2 (maternidade), apenas 12,5% no domínio 3 (retorno puerperal imediato) e 58,3% no domínio 4 (retorno puerperal tardio). A menor média de adequação foi observada no domínio 3 (39,37) e a maior no domínio 4 (74,82), medianas 50,00 e 76,90, respectivamente. O desvio padrão apresentou-se maior também no domínio 3 (25,18) e o coeficiente de variância foi alto nos domínios 1 e 3. **Conclusão:** houve diferenças e semelhanças no cuidado prestado entre primíparas e múltíparas. No seguimento materno-infantil índices próximos ao adequado, no atendimento na maternidade e superior, para o retorno puerperal tardio, entretanto, pré-natal e retorno puerperal imediato se mostraram aquém do ideal. É necessário superar os desafios e lacunas da assistência em todo o ciclo gravídico-puerperal nos serviços de saúde do município para avançar para um cuidado materno-infantil integral.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Saúde da Mulher. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Sistemas de Saúde. Estudos epidemiológicos.

GENOVESI, Flávia Franço. **Maternal care for the infant and follow-up of the mother-child dyad in the health service:** analysis of a birth cohort. 2016. 84 p. Exame de qualificação de mestrado/dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Objective: To analyze maternal care to the infant after birth and maternal and child care provided in health prenatal services to the puerperal period. **Method:** A prospective cohort study of Cropping "Risk factors for maternal and child morbidity and mortality: the pregnancy to the first postpartum year," Londrina, Paraná, conducted from July 2013 to February 2015. Data collection occurred in four steps to form structured with open and closed questions: 1st. collection in postpartum motherhood records, Pregnant Card and interview; 2nd. follow-up outpatient visit in puerperal immediate return; 3rd. home visit 42 days postpartum; 4th. home visits a year postpartum. This study included the first three steps given on 357. The data were processed and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences® using descriptive analysis and $p < 0.05$, Test Q-squared, calculation of measures of central tendency and dispersion using the fitness value ($\geq 70\%$). **Results:** by analyzing the parity there was statistical significance for age ($p < 0.0001$), education ($p < 0.0001$), marital status ($p = 0.039$). Vaginal delivery and appropriate birth condition was predominant for both groups. Exclusive breastfeeding was for most ($p = 0.071$), however, at 42 days more than half left, just over between primiparous (57.3%). Among them, they had more problems with breastfeeding in both maternity ($p = 0.001$) and after discharge ($p = 0.007$) compared to multiparous. Difficulties to take care of the newborn were higher among primiparous (79.7%) than multiparous (65.6%). The beggarticks bath for jaundice (46.4%), breast milk for conjunctivitis (52.6%) and bed-sharing (38.8%) were more frequent among multiparous. Substance use not recommended in the umbilical stump (37.5%) and tea for the relief of pain (49%) indicated by family members (82.6%) between primiparous. When assessed the adequacy of maternal and child care in the health service, suitable for 33.3% of domain variables 1 (prenatal), 50% in the area 2 (Maternity), only 12.5% in domain 3 (immediate puerperal return) and 58.3% in the field 4 (later puerperal return). The lowest average adjustment was observed in the field 3 (39.37) and the highest in the area 4 (74.82), median 50.00 and 76.90, respectively. The standard deviation was higher also in the field 3 (25.18) and the coefficient of variance was high variance of domains 1 and 3. **Conclusion:** there were similarities and differences in the care provided between primiparous and multiparous. In maternal and child tracking indices close to adequate care in maternity and higher for late puerperal return, however, prenatal and immediate puerperal return proved less than ideal. It is necessary to overcome the challenges and shortcomings of care throughout the pregnancy and childbirth in the municipal health services to advance to a comprehensive maternal and child care.

Keywords: Child Health. Women's Health. Program Evaluation. Health Systems. Epidemiologic Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Manuscrito 2

- Figura 1** – Distribuição da adequação da assistência materno-infantil conforme o Domínio 1 (pré-natal), Domínio 2 (maternidade), Domínio 3 (retorno puerperal imediato) e Domínio 4 (retorno puerperal tardio) nos serviços de saúde) Londrina-PR, 201657

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1

- Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica, parto, nascimento, alojamento conjunto e retorno puerperal imediato conforme a paridade (primípara e múltipara), Londrina-PR, 201635
- Tabela 2** – Visita Domiciliar nos primeiros 42 dias pós-parto: cotidiano materno de cuidado à criança nos primeiros 42 dias de vida, conforme a paridade (primípara e múltipara), Londrina-PR, 201637
- Tabela 3** – Visita Domiciliar nos primeiros 42 dias pós-parto: maneiras de cuidado materno à criança com alterações fisiológicas dos sistemas conforme a paridade (primípara e múltipara), Londrina-PR, 201639

Manuscrito 2

- Tabela 1** – Distribuição das variáveis de adequação da assistência materno-infantil durante a gestação e parto conforme o Domínio 1 (pré-natal) e Domínio 2 (maternidade) (n= 357), Londrina-PR, 201654
- Tabela 2** – Distribuição das variáveis de adequação da assistência materno-infantil após alta da maternidade conforme o Domínio 3 (retorno puerperal imediato) e Domínio 4 (período puerperal tardio) (n= 357), Londrina-PR, 2016.....56
- Tabela 3** – Distribuição dos Domínios 1 (pré-natal), 2 (maternidade), 3 (retorno puerperal imediato) e 4 (retorno puerperal tardio) conforme modelo de ajuste, Londrina-PR, 201658

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AC | Alojamento Conjunto |
| AIDPI | Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância |
| AM | Aleitamento Materno |
| AME | Aleitamento Materno Exclusivo |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| Apsus | Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde |
| AR | Alto Risco |
| BCG | Bacillus Calmette-Guérin |
| Conasems | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| Conass | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CSC | Carteira de Saúde da Criança |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GAISC | Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde Integral da criança, adolescente e família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| HC | Hospital das Clínicas |
| IHAC | Iniciativa Hospital Amigo da Criança |
| MI | Mortalidade Infantil |
| MMLB | Maternidade Municipal Lucilla Ballalai |
| MS | Ministério da Saúde |
| NV | Nascido vivo |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| Opas | Organização Pan-americana de Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PNAISC | Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Criança |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RC | Rede Cegonha |

| | |
|------|--|
| RH | Risco Habitual |
| RI | Risco Intermediário |
| RMP | Rede Mãe Paranaense |
| RN | Recém-nascido |
| RPI | Retorno Puerperal Imediato |
| RPT | Retorno Puerperal Tardio |
| Sesa | Secretaria de Estado da Saúde do Paraná |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TMI | Taxa de Mortalidade Infantil |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| VD | Visita Domiciliar |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO | 15 |
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 REFERÊNCIAS | 26 |
| 2 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 29 |
| 2.1 MANUSCRITO 1 | 30 |
| 2.1.1 INTRODUÇÃO | 32 |
| 2.1.2 METODO | 33 |
| 2.1.3 RESULTADOS | 34 |
| 2.1.4 DISCUSSÃO | 39 |
| 2.1.5 CONCLUSÃO | 45 |
| 2.1.6 REFERÊNCIAS | 46 |
| 2.2 MANUSCRITO 2 | 49 |
| 2.2.1 INTRODUÇÃO | 50 |
| 2.2.2 MÉTODO | 51 |
| 2.2.3 RESULTADOS | 52 |
| 2.2.4 DISCUSSÃO | 58 |
| 2.2.5 CONCLUSÃO | 62 |
| 2.2.6 REFERÊNCIAS | 63 |
| 3 CONCLUSÃO | 66 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 68 |
| APÊNDICES | 69 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 70 |
| APÊNDICE B – Instrumento coleta de dados | 71 |
| ANEXOS | 82 |
| ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (Emenda) | 83 |
| ANEXO B – Autorização da Autarquia Municipal de Saúde | 84 |

APRESENTAÇÃO

Desde que eu consigo lembrar sempre quis cuidar de crianças. Elas sempre me encantaram pela simplicidade e pureza de vida e amor. Quando iniciei o curso de graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 2010, eu já tinha planejado qual seria o meu futuro. Então no terceiro ano cheguei no tão esperado módulo de “Saúde da Criança e do Adolescente”, não conseguia me conter de tanta expectativa. E qual foi a minha surpresa ao chegar no estágio hospitalar? Onde estavam aquelas crianças saltitantes e cheias de vida que eu sempre costumava ver e gostar? Elas estavam ali, escondidas no meio da doença e dor. Fiquei surpresa e estagnada com a situação. Mas foi onde percebi que era essa a questão: eu queria ser aquela que cuidasse delas para que voltassem o mais breve possível a serem crianças cheias de vida e sem sofrimento. Ou então, fazer o meu máximo para entender esse momento e aliviar a situação.

A partir daí, procurei a professora Rosângela, minha atual orientadora, para conversarmos a respeito do trabalho de conclusão de curso (TCC). Eu queria trabalhar com crianças portadoras de câncer. E trabalhei, ao qual sou encantada. Em conjunto com o trabalho de conclusão de curso, me inseri em um projeto de pesquisa sobre mortalidade infantil, coordenado pela mesma professora, bem como no Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde Integral da Criança, Adolescente e Família (GAISC).

Graduada no final de 2013, já em 2014, iniciei minha primeira experiência profissional. Comecei a trabalhar no Hospital Infantil Sagrada Família de Londrina. Inicialmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, mas conhecendo também outros setores do hospital, como a UTI Pediátrica. Após algum tempo de experiência comecei a enxergar além do intra-hospitalar. Comecei a pensar sobre os serviços de saúde, antes da criança ser encaminhada para o hospital.

Foi quando por coincidência, sorte ou jogo do destino, a professora Rosângela reapareceu e me convidou a pensar sobre o Mestrado. De início foi uma ideia que passou rapidamente pela minha cabeça. Com o tempo fui aprofundando a ideia e pensei: por que não? E acabou se tornando um grande objetivo a ser alcançado. E alcancei.

No mestrado, em 2015, em concomitância trabalhando na UTI Neonatal e UTI Pediátrica, ainda tinha algumas dúvidas sobre o que realmente mais me instigava na área da criança. Foi quando minha orientadora mencionou o projeto de pesquisa intitulado “Fatores de risco para morbi-mortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto” e, aquele meu incômodo anterior da criança na atenção primária antes de chegar ao atendimento hospitalar, cruzou com a proposta do meu projeto de dissertação.

Toda a experiência do Mestrado me proporcionou grandes momentos. Continuei trabalhando e estudando, abrindo mão de algumas coisas para conseguir atingir outras. Mas chegando ao final, consigo ver que cada momento valeu a pena.

No final desse ano, um ciclo maravilhoso se encerrará para mim. É hora de deixar Londrina após seis incríveis anos e iniciar uma nova jornada e conhecer novas realidades. Ficarei dois meses como voluntária na África do Sul, cuidando de crianças carentes em um orfanato e em um hospital de recuperação infantil que não têm condições de serem cuidadas em casa. Após esse período, me mudarei para Porto Alegre e iniciarei um novo ciclo onde espero poder utilizar todo o conhecimento acumulado até o momento para um cuidado integral à criança, compreendendo seu mundo e todos os aspectos envolvidos na singularidade de cada pessoa.

1 INTRODUÇÃO

Com base nos males presentes na sociedade em panorama mundial, em setembro de 2000, 189 nações assumiram o compromisso de combater a extrema pobreza e outros problemas, entre eles, a Redução da Mortalidade na Infância. Esta promessa originou os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que deverão ser alcançados até 2015. Em setembro de 2010, o mundo renovou o compromisso para acelerar o progresso em direção ao cumprimento desses objetivos (PNUD, 2015). O quarto objetivo, de reduzir a mortalidade na infância, leva em conta três indicadores: a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos), a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) (menores de 1 ano) e a proporção de crianças de até 1 ano vacinadas contra o sarampo (IPEA, 2014).

Por mortalidade infantil (MI) entende-se a morte de crianças no primeiro ano de vida e tem como base o cálculo da TMI, que consiste na frequência com que ocorrem os óbitos infantis em uma determinada população, em relação ao número de nascidos vivos em determinado ano para cada mil crianças nascidas vivas (IBGE, 2015).

Em 1990, a MI no Brasil era de 47,1 a cada 1.000 nascidos vivos (NV), no ano de 2000 esse número apresentou uma queda para 29,1 e, em 2015, o índice reduziu para 13,8/1.000 (NV) (IBGE, 2016). De acordo com o Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade infantil, em 2013, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015, estando à frente de muitos países (IPEA, 2014).

A taxa de mortalidade infantil – embora bastante reduzida na última década – ainda é alta em algumas regiões brasileiras. Em grande parte dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se houvesse o devido encaminhamento da criança para serviços de saúde qualificados, com equipe multiprofissional devidamente preparada para o atendimento com agilidade e eficiência (BRASIL, 2004).

Desde a década de 70 o cuidado materno-infantil vem sendo discutido nos programas de saúde. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançado em 1983, visando atender à saúde sexual e reprodutiva da mulher (BRASIL, 1983). Entretanto houve necessidade de ampliar o programa e, em 2000, foi instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), objetivando melhoria na acessibilidade, ampliação da taxa de cobertura e

melhora no acompanhamento de pré-natal, parto e puerpério, a fim de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade não apenas materna mas, também, perinatal (BRASIL, 2009; GONÇALVES, 2012), o que entra em consenso com os ODMs, junto às Nações Unidas.

Após a alta das maternidades, é crucial que seja realizado o acompanhamento da puérpera e do recém-nascido no cenário de atenção primária de saúde (APS). Segundo o Ministério da Saúde (MS), o enfermeiro deve iniciar a assistência à criança na primeira consulta após o parto, com as seguintes ações: verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e, se não houver, providenciar abertura imediata da mesma; analisar o preenchimento da ficha com informações sobre peso, comprimento, Apgar, Idade Gestacional e condições de vitalidade; verificar as condições de alta da puérpera e do recém-nascido; observar e orientar quanto à amamentação, reforçando as orientações fornecidas previamente; observar o estado geral do bebê e solicitar avaliação médica se detectada alguma alteração; realizar o teste do pezinho e registrar na Caderneta da Criança; verificar se foram aplicadas as vacinas Bacillus Calmette-Guérin (BCG) e Hepatite B e, caso não tenham sido, aplicá-las e registrar no prontuário e Caderneta, orientando as posteriores vacinas; e identificar o RN de risco ao nascer (BRASIL, 2005).

As consultas subsequentes serão para acompanhar o crescimento físico e desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual da criança, além de ampliar a cobertura vacinal, educação alimentar, promoção de saúde e prevenção de doenças mais comuns na comunidade (BRASIL, 2005). É necessário o preparo de toda a equipe para realização do acompanhamento da criança, para identificar riscos, realizar busca ativa de faltosos, avaliar alterações na curva de peso e também no desenvolvimento neuropsicomotor da criança (BRASIL, 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde e, em 1998, passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), com intuito de implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a visita domiciliar (VD) como uma função da equipe de Saúde da Família (SCHERER; MARINHO; RAMOS, 2005). O MS recomenda a realização da visita domiciliar ainda na primeira semana após a alta do bebê, entretanto, se for recém-nascido de risco, a visita deve ocorrer nos primeiros três dias após a alta hospitalar (BRASIL, 2006). Por meio da VD, o enfermeiro pode observar e avaliar o estado de saúde da puérpera e do RN, a interação do binômio mãe-filho; orientar

quanto à amamentação e cuidados básicos com a criança e identificar situações de riscos ou intercorrências. Sendo assim, a VD torna-se cada dia mais uma ação importante na ESF, cuidando da família, principalmente do binômio (BRASIL, 2006; RODRIGUES et al., 2011).

Lembra-se que toda criança tem direito a receber assistência à saúde e os serviços devem atender a todos que o procurem. Deve ser estabelecido vínculo entre o usuário e os profissionais da Unidade Básica de saúde (UBS) mediante uma assistência de forma continuada, acolhedora e humanizada (BRASIL, 2004). Apesar de todos os programas e ações de promoção, prevenção e proteção à saúde da criança, ainda é observado que não são todos que têm acesso aos serviços. A falta de estratégias de cuidado e atenção adequadas pode afetar o crescimento e desenvolvimento da criança, estando relacionada com a morbimortalidade infantil.

A fim de encontrar uma maneira para enfrentar o fracionamento da atenção à saúde, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) instituíram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), regulamentadas em 30 de dezembro de 2010, com intuito de garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010). Tais Redes buscam gerenciar os diferentes níveis de complexidade distribuídos em um território, prestando cuidado coordenado pela APS e com o custo e a qualidade corretos e humanizados, diante das responsabilidades sanitárias e econômicas das comunidades nas quais estão inseridas (MENDES, 2011).

Sendo assim, a APS objetiva ser a base da Rede, de forma resolutiva, coordenando o cuidado e ordenando as Redes. O MS determinou quatro Redes prioritárias atualmente: Rede de Atenção à Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede Cegonha (RC), sendo esta última responsável pela atenção materno-infantil, a qual é foco do presente estudo (BRASIL, 2012a).

A RC foi lançada pelo MS a fim de cumprir os ODMs, com foco na redução da mortalidade infantil e melhoria da assistência às gestantes, bem como para reduzir a fragmentação da assistência nos diferentes cenários do SUS, tendo sido incorporada em todo o território nacional. Essa Rede tem como objetivo assegurar às mulheres o direito ao acompanhamento completo no ciclo gravídico puerperal, desde o planejamento reprodutivo ao puerpério, bem como o nascimento

seguro da criança e crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Concomitante à implementação das Redes de Atenção à Saúde no SUS proposta pelo MS, o Estado do Paraná iniciou, em 2011, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus) a fim de estreitar as relações entre o estado e os municípios (PARANÁ, 2013). Esse programa tinha como missão proporcionar um serviço de excelência, buscando a melhoria dos indicadores de saúde do estado e, conseqüentemente, do país. Para essa qualificação foram realizadas ações de educação permanente, investimentos de infraestrutura e custeio das equipes e implantação das RAS: Mãe Paranaense, Urgência e Emergência, Pessoa com Deficiência, Saúde Mental e Pessoa Idosa (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; PARANÁ, 2013).

Após todo o processo de capacitação, contratualizações fluxos e adequação da Rede Cegonha no estado, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa) implantou a Rede Mãe Paranaense (RMP), em 2012, como rede de assistência materno-infantil (PARANÁ, 2014). Essa Rede busca, através da captação precoce da gestante, realizar seu acompanhamento no pré-natal, com o mínimo de sete consultas (sendo seis no pré-natal e uma no puerpério, o que a difere da RC, que estabelece sete consultas no pré-natal) e a realização de 17 exames. A Rede também complementou a estratificação de risco das gestantes e crianças, criando o Risco Intermediário (RI), estipulou a vinculação e garantia de acesso ao atendimento ambulatorial especializado para gestantes e crianças de RI e alto risco (AR), bem como a garantia da vinculação hospitalar em conformidade à estratificação de risco gestacional (PARANÁ, 2014).

O RI abrange características individuais da gestante (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior. As gestantes isentas desses riscos e de outras patologias são consideradas de Risco Habitual (RH). Já o AR abrange gestantes que apresentam fatores de risco como: condições clínicas preexistentes (hipertensão arterial, cardiopatia, dependência de drogas, obesidade mórbida, entre outras) e intercorrências clínicas (placenta prévia, sangramento de origem uterina, trabalho de parto prematuro, entre outras) (PARANÁ, 2014).

A totalidade dos 399 municípios do estado aderiu à RMP, sendo possível, dessa forma, assegurar acesso, em tempo adequado, aos hospitais de referência, segundo a estratificação de risco gestacional por meio de um sistema de

vinculação hospitalar (PARANÁ, 2014).

Tendo em vista todas as alterações vivenciadas pela mulher durante a gestação, torna-se essencial um acompanhamento de qualidade e que atenda às particularidades de cada gestante, como efeito protetor sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, contribuindo para menor incidência de complicações maternas e fetais (VIEIRA et al., 2011). Em média, 98% dos partos realizados no país ocorrem no âmbito hospitalar (SOARES et al., 2012), a qualidade da assistência prestada no puerpério visa detectar complicações obstétricas evitáveis, garantir os cuidados e interação do binômio mãe-filho e assegurar a continuidade da assistência após alta hospitalar (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Além dos agravos maternos no período puerperal, a criança também está mais susceptível a maiores complicações no período neonatal, como: desmame precoce comprometendo o desenvolvimento e crescimento saudável e infecções podendo evoluir para septicemia e, como resultado, óbito ainda no primeiro mês de vida. Embora as maiores complicações e mortes ocorram neste período, ainda assim, é nos dois primeiros anos de vida que os programas de vigilância à saúde devem ser efetivos para prevenir e detectar precocemente doenças imunopreveníveis, gastrointestinais e respiratórias, tão comuns nesta fase da vida (BRASIL, 2004).

Outra ação do Ministério da Saúde para melhorar as condições de saúde na infância é a “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância” (AIDPI). Trata-se de um instrumento de grande utilidade na detecção precoce e tratamento adequado das principais doenças que afetam a saúde da criança. Primeiramente, utilizado para crianças de dois meses a cinco anos de idade, entretanto, com a necessidade de redução da taxa de mortalidade infantil, com ênfase na neonatal, originou-se o AIDIP Neonatal, abordando a faixa etária de crianças com menos de dois meses de idade, antes não contempladas na ação (BRASIL, 2012b). A utilização dessa estratégia nos serviços de saúde e comunidade pode contribuir para redução importante do número de doenças e mortes na infância, pois cerca de dois terços dos recém-nascidos morrem na primeira semana de vida, decorrente de causas perinatais e manejo inadequado dos problemas intraparto e da asfixia (BRASIL, 2012b).

Além do foco nos problemas agudos, com o AIDIP tem-se modelos de promoção e atenção à saúde, como: aleitamento materno, nutrição, cuidados no

ambiente, assim como crescimento e desenvolvimento, entrando em consonância com outros Programas estabelecidos pelo MS, bem como na Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense (BRASIL, 2012b).

Considerando todas as iniciativas prévias realizadas pelo governo para melhoria da saúde da criança, em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto. A PNAISC objetiva a promoção e proteção da saúde da criança e aleitamento materno, com atenção e cuidados integrais desde a gestação aos nove anos de vida, especialmente para a primeira infância e as populações mais vulneráveis, e está orientada pelos seguintes princípios (BRASIL, 2015):

- I - direito à vida e à saúde;
- II - prioridade absoluta da criança;
- III - acesso universal à saúde;
- IV - integralidade do cuidado;
- V - equidade em saúde;
- VI - ambiente facilitador à vida;
- VII - humanização da atenção;
- VIII - gestão participativa e controle social (BRASIL, 2015).

Com a finalidade de orientação e qualificação das ações e serviços de saúde da criança em todo o âmbito nacional, a PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos:

- I - Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- II - Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- III - Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
- IV - Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- V - Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
- VI - Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
- VII - Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Os sete eixos englobam os programas até então implementados pelo Ministério da Saúde no país e, considerando o panorama da atenção materno-infantil nos últimos anos, há necessidade de estudos para conhecer o contexto dos serviços de saúde e as práticas de cuidado para essa população, nos diferentes níveis de atenção.

Nesse sentido, o projeto intitulado “Fatores de risco para morbimortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto”, e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina-CEP/UEL, sob o número: 120.13/UEL, em 16 de julho de 2013, CAAE 19352513.9.0000.5231 (Anexo A) e autorizado pela Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (Anexo B), teve como objetivo geral *Analisar a assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério e à criança até 1 ano de idade no Município de Londrina/Paraná.*

O tipo de estudo de escolha foi o de coorte prospectivo, também chamado de *follow-up*, onde é possível abordar hipóteses etiológicas gerando medidas de incidência e medidas de risco. Analisa parte de um grupo de pessoas que possuem características comuns que está comprovadamente exposto a um fator de risco suposto como causa de uma doença ou agravo, sendo seguido no tempo (MADALOSSO; ALEXANDRE, 2012).

O local de estudo foi o Município de Londrina-Paraná, tendo como população mulheres atendidas na Maternidade Municipal Lucila Balallai (MMLB), pertencente à Autarquia Municipal de Saúde, que é referência para gestação e parto de risco habitual e risco intermediário exclusivamente pelo SUS, ou seja, acima de 37 semanas, sem doenças associadas.

Em média, a MMLB atende 80% dos partos realizados pelo SUS na cidade, sendo responsável por cerca de 300 partos mensais. Sua estrutura é de pequeno porte, contando com oito leitos no pré-parto, três salas de parto normal e duas para cesarianas e unidade de atendimento intermediário ao RN. Na atenção ao puerpério são ofertados 34 leitos no modelo de Alojamento Conjunto (AC) e o ambulatório de puerpério imediato, onde as mulheres retornam para a revisão puerperal precoce dentro de um período de 10 dias. O serviço de ambulatório atende apenas os partos realizados na própria Maternidade. Ressalta-se que é uma maternidade que atende os passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

A população do estudo foi constituída mediante cálculo amostral considerando uma margem de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e uma

população de 3.415 partos ocorridos na MMLB. Obteve-se uma amostra de 358 mulheres, mas, por se tratar de um estudo de coorte e com a ocorrência de perdas ao longo de 1 ano de investigação por mudança de endereço, desistência da participação da pesquisa por parte das mulheres, morte materna ou infantil, definiu-se como amostra de segurança 432 mulheres.

O critério de inclusão foi residir na zona urbana do município, ter diagnóstico obstétrico de risco habitual ou risco intermediário, aceitar participar das etapas da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Os dados foram coletados mediante formulário estruturado (Apêndice B) previamente testado. A coleta dos dados ocorreu em quatro etapas. A 1ª etapa de 30 de julho a outubro de 2013, a 2ª de 7 de agosto de 2013 a novembro de 2013, a 3ª de 15 de outubro de 2013 a 17 de março de 2014, e a 4ª etapa, de agosto de 2014 a fevereiro de 2015.

1ª etapa – Identificação da mulher a ser incluída no estudo no pós-parto durante a internação hospitalar, seguida de entrevistas que foram realizadas diariamente na MMLB até a composição da amostra proposta. Houve também consulta aos registros do prontuário sobre o parto e puerpério imediato, bem como dados do cartão de pré-natal da mulher.

2ª etapa – Acompanhamento da consulta de retorno puerperal no Ambulatório de Puerpério Imediato, por meio da técnica de observação não participante para acompanhamento dos procedimentos relativos à avaliação e diagnóstico, orientações ofertadas e contrarreferência.

3ª etapa – 1ª visita domiciliar, no puerpério mediato, decorridos os 42 dias de pós-parto, para obtenção dos dados referentes a aleitamento materno, intercorrências e orientações puerperais e do RN, agendamento da revisão puerperal tardia, consulta de puericultura e imunizações, citologia oncótica e planejamento familiar.

4ª etapa – 2ª visita domiciliar para obtenção das seguintes informações, um ano após o parto: a) condições de saúde e doença materna, autocuidado, vida sexual e reprodutiva, condições sociodemográficas atuais, e acompanhamento do lactente no serviço de saúde, alimentação no decorrer dos seis meses (duração do Aleitamento Materno (AM), intercorrências alimentares e desmame), saúde bucal, agravos de saúde, encaminhamentos, internações e óbito, registro na Carteira da Criança pelos

profissionais e orientações, bem como a percepção materna quanto ao atendimento materno-infantil pelo serviço de saúde.

Para a presente dissertação de mestrado, realizou-se um recorte dos dados utilizando-se até a 3ª etapa, tendo como perguntas de pesquisa:

- Quais as semelhanças e diferenças do cuidado materno à criança entre primíparas e múltiparas?
- Como se dá a assistência materno-infantil no serviço de saúde durante a gestação, parto e no período puerperal tardio?

Sendo assim, o objetivo geral deste estudo foi analisar o cuidado materno ao lactente após o nascimento e a assistência materno-infantil prestada nos serviços de saúde do pré-natal ao período puerperal tardio.

Espera-se que os resultados do presente estudo identifiquem as práticas no cotidiano de cuidado materno ao lactente e subsidiem os profissionais de saúde à prestarem atendimento, considerando as peculiaridades das mulheres que vivenciam a maternidade tanto na primiparidade como na multiparidade. Também demonstrem como a assistência materno-infantil tem sido executada pelos serviços de saúde desde o pré-natal até o período puerperal tardio para subsidiar os gestores na (re)organização destes serviços para um atendimento integral, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

1.1 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 15 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 15 jul. 2016.

_____. 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), Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 30 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

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

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

_____. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em 30 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico de pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2016.

GONÇALVES, E. R. G. Custo do pré-natal na política pública de Marília: um estudo de caso. 2012. 145f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense - relato de experiência. **Espaço para a Saúde (Online)**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014.

Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22>. Acesso em: 10 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociais mínimos**: conceitos. 2015. Disponível em :

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População**:

taxas de mortalidade infantil. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/> - <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>.

Acesso em: 10 jul. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento, Brasília: IPEA, 2014. Disponível em:

<http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MADALOSSO, G.; ALEXANDRE, L. B. S. P. A aplicação da metodologia de pesquisa epidemiológica. In: ALEXANDRE, L. B. S. P. (Org.). *Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde*. São Paulo: Martinari, 2012. p. 89-112.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev Rene Revista de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.

Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/19>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia**: rede mãe paranaense, 2014. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. **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: 30 jun. 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Os objetivos de desenvolvimento do milênio**, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

RODRIGUES, T. M. M. et al. A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 2, p. 21-26, 2011. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n2/pesquisa/p3_v4n2.pdf> . Acesso em: 25 de maio 2016.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Ruptura e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05>> . Acesso em: 26 maio 2016.

SOARES, V.M.N.; SOUZA, K.V.; MINORELI, E.M. et al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, p. 536-543, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n12/02.pdf> >. Acesso em: 10 jul. 2016.

VIEIRA, S. M, et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 255-262, 2011. Número Especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para responder ao objetivo geral deste estudo os resultados foram construídos na forma de dois manuscritos, cada qual com seu objetivo específico:

1º manuscrito – *Cuidado da criança entre primíparas e múltíparas em uma coorte de nascimentos.*

2º manuscrito – *(In)Adequação da assistência materno infantil: pré-natal, parto e seguimento puerperal.*

2.1 MANUSCRITO 1

CUIDADO DA CRIANÇA ENTRE PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS EM UMA COORTE DE NASCIMENTOS

RESUMO

Objetivo: analisar o cuidado à criança entre primíparas e multíparas nos primeiros 42 dias após o parto. **Método:** estudo transversal aninhado à uma coorte realizado com 357 puérperas e respectivos filhos, Londrina-PR: entrevista na maternidade e visita domiciliar 42 dias pós-parto. A análise dos dados ocorreu pelo Statistical Package for the Social Sciences® utilizando-se análises descritivas, Teste Q-quadrado e $p < 0,05$. **Resultados:** a primiparidade se concentrou na faixa etária ≤ 24 anos ao contrário da multiparidade ≥ 25 ($p < 0,0001$), não ter companheiro foi mais comum entre o primeiro grupo (21%) e no outro menos de 13% ($p = 0,039$). A escolaridade ≥ 8 anos foi superior entre primíparas (85,3%) que multíparas (68,7%) ($p < 0,0001$). O parto vaginal e adequada condição de nascimento foram predominantes em ambos os grupos. O aleitamento materno exclusivo ocorreu para a quase totalidade ($p = 0,071$), entretanto, aos 42 dias mais da metade o abandonou, pouco mais entre primíparas (57,3%). Neste grupo os problemas para amamentar foram maiores tanto na maternidade ($p = 0,001$) como após alta ($p = 0,007$) se comparados às multíparas. As dificuldades para cuidar do recém-nascido foram maiores entre as primíparas (79,7%) que multíparas (65,6%). O banho de picão para icterícia (46,4%), leite materno para conjuntivite (52,6%) e coleito (38,8%) foram mais frequentes entre multíparas. Já o uso de substâncias não recomendadas no coto umbilical (37,5%) e chá para o alívio da cólica (49%), indicados pelos familiares (82,6%), entre as primíparas. **Conclusão:** O cuidado da criança entre primíparas se mostrou mais fragilizado em alguns aspectos se comparado às multíparas, mas cada grupo possui sua singularidade, merecendo cuidado integral nas diferentes condições de paridade.

Descritores: Cuidado da Criança; Paridade; Período pós-parto; Estudos epidemiológicos

ABSTRACT

Objective: To analyze the children care between primiparous and multiparous in the first 42 days after delivery. **Method:** Cross-sectional study nested in a cohort of 357 mothers and their children, Londrina: interview on motherhood and home visit 42 days postpartum. Data analysis was the Statistical Package for Social Sciences® using descriptive analysis, Q-squared test and $p < 0.05$. **Results:** primiparity concentrated aged ≤ 24 years unlike multiparity ≥ 25 ($p < 0.0001$), not having a partner was more common among the first group (21%) and other less than 13% ($p = 0.039$). Schooling ≥ 8 years was higher among primiparous (85.3%) than multiparous (68.7%) ($p < 0.0001$). The proper delivery and vaginal birth condition was predominant in both groups. Exclusive breastfeeding occurred for almost all ($p = 0.071$), however, at 42 days more than half left, just over between gilts (57.3%). In this group the problems with breastfeeding were higher both in maternity ($p = 0.001$) and after discharge ($p = 0.007$) compared to multiparous. Difficulties to handle the largest newborn between gilts (79.7%) than multiparous (65.6%). The beggarticks bath for jaundice (46.4%), breast milk for conjunctivitis (52.6%) and bed-sharing (38.8%) were more frequent among multiparous. Substance use not recommended in the umbilical stump (37.5%) and tea for the relief of pain (49%), indicated by family members, (82.6%) between primiparous. **Conclusion:** Child care between primiparous was more fragile in some respects compared to multiparous, but each group has its uniqueness, deserve comprehensive care in different conditions of parity.

Descriptors: Child Health. Parity. Postpartum Period. Epidemiologic Studies.

2.1.1 INTRODUÇÃO

O cuidado à criança nos programas ministeriais determina que a assistência deva ser integral, com acompanhamento e orientações para prevenção, promoção de saúde e detecção precoce de agravos, na perspectiva de diminuir riscos de morbimortalidade, fazendo o seguimento desde o nascimento até os primeiros dois anos de vida (BRASIL, 2013).

O nascimento de uma criança é visto como um marco não apenas pela mãe, mas por todos os envolvidos no processo, em especial na primeira gestação. Em geral, esta experiência causa nas mulheres sentimentos ambivalentes e instabilidade emocional, ficando mais emotivas e sensíveis. Também podem apresentar muitas expectativas e se sentirem inseguras no cuidado do recém-nascido, buscando mais a rede de apoio familiar (ZANATTA; PEREIRA, 2015). Mas, este apoio traz consigo influências intergeracionais que podem comprometer a condição de saúde do bebê, tais como o uso de chás e medicamentos para cólica abdominal e soluções caseiras no curativo do coto umbilical (CHRISTOFEEL et al., 2013; ROCHA et al., 2013; LINHARES, 2012).

As mulheres que vivenciam o nascimento de outro filho, mais frequentemente, se apresentam mais tranquilas por conhecerem os sintomas gravídicos e lidarem melhor com os cuidados com seus filhos (ESTEVES et al., 2013) e, as influências familiares podem ser menores, pois espera-se que tenham adquirido conhecimentos e informações no do serviço de saúde na gestação anterior (BABALOLA, 2014).

No que se refere ao uso dos serviços de saúde por ambos os grupos de paridade, estudos apontam que as mulheres que experienciam a primiparidade os utilizam mais por a gravidez estar envolta em sentimentos de maior cuidado e dedicação, ao contrário da multiparidade, em especial para aquelas com baixa escolaridade e restrita condição socioeconômica (BABALOLA, 2014; RODRIGUES et al., 2013). Portanto, se faz necessário explorar as necessidades e dificuldades das puérperas para cuidado do novo membro da família (BRASIL, 2013).

Tendo em vista as peculiaridades das mulheres em ambos os grupos de paridade, o objetivo do presente estudo foi analisar o cuidado à criança entre primíparas e múltiparas nos primeiros 42 dias após o parto, pois com o nascimento há modificações biológicas e psíquicas para retornar ao estado pré-

gravídico, bem como novas atribuições de ser mãe e mulher, necessitando assim de acompanhamento sistemático pelos profissionais nos serviços de saúde, considerando os diferentes contextos e relações familiares, para a preservação e manutenção da condição de saúde do lactente.

2.1.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal aninhado à uma coorte, realizado no período de julho a novembro de 2013 no município de Londrina-Paraná. O acesso às mulheres foi na maternidade pública do município, referência para gestação de risco habitual e intermediário, com atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para obter a população de estudo realizou-se cálculo amostral a partir dos 3.415 partos de 2012, considerando uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, resultando em 358 mulheres e respectivos filhos. Houve uma exclusão, devido à adoção de uma criança, totalizando 357 puérperas. Os critérios de inclusão foram: residir na zona urbana, ser gestante de risco habitual e intermediário e ser capaz de compreender e consentir em sua participação no estudo.

A coleta de dados ocorreu na maternidade (coleta em prontuários, Carteira da Gestante e entrevista um dia após o parto) e na Visita Domiciliária (VD) 42 dias após o parto. Foi utilizado um formulário previamente testado e preenchido pelos pesquisadores.

As variáveis de estudo contemplaram a caracterização sociodemográfica, parto, nascimento e cotidiano materno de cuidado à criança nos primeiros 42 dias de vida, que foram associadas com a paridade das mulheres (primíparas e múltíparas). Os dados foram processados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences®, utilizando-se análises descritivas mediante Teste Q-quadrado e valor de $p < 0,05$.

O estudo foi autorizado pela Autarquia Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), nº. 120.13/UEL e CAAE: 19352513.9.0000.5231.

2.1.3 RESULTADOS

Do total das 357 mulheres 40% (143) estavam vivenciando o nascimento do primeiro filho (primíparas) e 60% (214) tinham dois ou mais (multíparas).

Observa-se que houve associação estatística entre faixa etária ($p < 0,0001$), escolaridade ($p < 0,0001$) e paridade. A primiparidade apresentou maiores taxas entre mulheres jovens (78,3%) e com escolaridade acima de 8 anos (85,3%). Ter companheiro ($p = 0,039$), ocupação remunerada (42,5%) e classe social AB (22%) foram um pouco mais frequentes entre as mães com dois ou mais filhos.

Em ambos os grupos de paridade, a via de parto predominante foi a vaginal, a quase totalidade dos bebês nasceu com idade gestacional ≥ 37 semanas, com peso acima de 2.500 gramas e índice de Apgar ≥ 7 .

Após o nascimento os bebês foram encaminhados ao Alojamento Conjunto (AC) e o aleitamento materno exclusivo (AME) ocorreu para 97,2% multíparas e 93% das primíparas. A paridade associou-se significativamente com o relato de problemas para amamentar ($p = 0,001$), sendo que as primíparas mais problemas (39,9%) do que as multíparas (23%).

Na alta hospitalar, as orientações dos profissionais ao retorno puerperal foram menos frequentes para as primíparas (81,1%) do que para multíparas (85,5%), entretanto, pouco mais de 60% delas compareceram na consulta ofertada no ambulatório da maternidade em estudo.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, parto, nascimento, alojamento conjunto e retorno puerperal imediato conforme a paridade (primípara e múltipara), Londrina-PR, 2016

| Variáveis | Primípara | | Múltipara | | Valor P |
|---|-----------|-------|-----------|-------|---------|
| | n | % | n | % | |
| | 143 | 100,0 | 214 | 100,0 | |
| Caracterização sociodemográfica | | | | | |
| <i>Faixa etária (em anos)</i> | | | | | <0,0001 |
| ≤ 24 | 112 | 78,3 | 69 | 32,2 | |
| 25 e mais | 31 | 21,7 | 145 | 67,8 | |
| <i>Situação conjugal</i> | | | | | 0,039 |
| Com companheiro | 113 | 79,0 | 187 | 87,4 | |
| Sem companheiro | 30 | 21,0 | 27 | 12,6 | |
| <i>Escolaridade</i> | | | | | <0,0001 |
| ≤ 7 anos | 21 | 14,7 | 67 | 31,3 | |
| 8 anos e mais | 122 | 85,3 | 147 | 68,7 | |
| <i>Ocupação</i> | | | | | 0,583 |
| Remunerada | 56 | 39,2 | 91 | 42,5 | |
| Não remunerada | 87 | 60,8 | 123 | 57,5 | |
| <i>Classe social¹</i> | | | | | 0,072 |
| AB | 20 | 14,0 | 47 | 22,0 | |
| CD | 123 | 86,0 | 167 | 78,8 | |
| Parto e nascimento | | | | | |
| <i>Tipo de parto</i> | | | | | 0,620 |
| Vaginal | 109 | 76,2 | 157 | 73,4 | |
| Cirúrgico | 34 | 23,8 | 57 | 26,6 | |
| <i>Idade gestacional ao nascer</i> | | | | | 0,493 |
| <37 semanas | 5 | 3,2 | 4 | 1,9 | |
| ≥37 semanas | 138 | 96,5 | 210 | 98,1 | |
| <i>Peso do Recém-Nascido (em gramas)</i> | | | | | 0,223 |
| até 2499 | 4 | 2,8 | 2 | 0,9 | |
| ≥2500 | 139 | 97,2 | 212 | 99,1 | |
| <i>Apgar 5º minuto</i> | | | | | 0,401 |
| 1 a 6 | 1 | 0,7 | - | - | |
| ≥7 | 142 | 99,3 | 214 | 100,0 | |
| Alojamento Conjunto | | | | | |
| <i>Aleitamento materno exclusivo</i> | | | | | 0,071 |
| Sim | 133 | 93,0 | 208 | 97,2 | |
| Não | 10 | 7,0 | 6 | 2,8 | |
| <i>Problemas para amamentar</i> | | | | | 0,001 |
| Sim | 57 | 39,9 | 50 | 23,4 | |
| Não | 86 | 60,1 | 164 | 76,6 | |
| <i>Na alta orientado retorno puerperal</i> | | | | | 0,306 |
| Sim | 116 | 81,1 | 183 | 85,5 | |
| Não | 27 | 18,9 | 31 | 14,5 | |
| Consulta de Retorno Puerperal Imediato | | | | | |
| Sim | 92 | 64,3 | 130 | 60,7 | 0,506 |
| Não | 51 | 35,7 | 84 | 39,3 | |

¹Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), ano 2012

A Tabela 2 apresenta o cotidiano de cuidado materno à criança nos primeiros 42 dias pós-parto. A adaptação foi um pouco mais tranquila (50%) entre as múltiparas, se comparadas às primíparas (43,4%). Foram as múltiparas que também compareceram com maior frequência às consultas na Unidade Básica de Saúde

(UBS) com o pediatra (77,1%) e enfermeiro (71,5%), enquanto que para as mães com o primeiro filho, isso se deu em 70,6% e 67,8%, respectivamente.

Quase a totalidade dos filhos das primíparas estava com os testes de triagem neonatal e vacinação completos, enquanto que as múltiparas apresentaram falha de 5,5% nos testes e 3,3% na vacinação.

Com relação ao cuidado diário materno à criança, o banho foi realizado pela quase totalidade das primíparas e múltiparas ($p=0,056$). Embora os cuidados com o coto umbilical tenham sido feitos em ambos os grupos, verificou-se que 10,5% das mães com um filho não o fizeram ($p=0,005$). A higiene com água e sabonete foi maior entre as mães com dois filhos ou mais (70%), já aquelas com um, utilizaram mais o álcool ou soro fisiológico (37,5%), bem como fizeram uso de outros tipos de soluções não recomendadas, tais como moeda, óleo comestível, teia de aranha, etc (5,1%) ($p=0,009$).

Mais de 64% delas afirmaram não executar a higiene ocular. Aproximadamente 70% das primíparas referiram utilizar pomadas para prevenir dermatites em seus bebês contra 62,1% das múltiparas. Quase 40% das mães com dois ou mais filhos afirmaram que a criança dormia na cama com os pais (coleito). Já para aquelas com um filho, foi menor (29,4%).

A oferta de chupeta para acalmar a criança também apresentou associação significativa com a paridade. Foi 15,9% mais frequente entre as primíparas (58%) do que as múltiparas (42,1%) ($p=0,004$).

Menos da metade dos bebês em ambos os grupos de paridade estavam em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), sendo 42,7% primíparas e 48,6% múltiparas.

As mães com o primeiro filho (63,6%) referiram mais problemas para amamentar do que as com dois ou mais (49,1%), havendo significância estatística entre a paridade e o relato de ocorrência de problemas na amamentação ($p=0,007$).

As dificuldades para se adaptar à rotina de cuidados com o bebê foram mais referidas entre as primíparas (79,7%) se comparadas às múltiparas (65,6%), ($p<0,0001$). Entre as maiores dificuldades das mulheres com o primeiro filho estavam: realizar cuidados gerais (28%), lidar com choro e cólica intestinal (21%) e conciliar funções da casa e cuidados da criança (19,6%). Já, para aquelas com dois ou mais filhos, conciliar as funções domésticas com o cuidado do seu filho

(22,9%), lidar com choro e cólica intestinal (15,4%) e acordar à noite e não dormir (13,1%).

Tabela 2. Visita Domiciliar nos primeiros 42 dias pós-parto: cotidiano materno de cuidado à criança nos primeiros 42 dias de vida, conforme a paridade (primípara e múltipara), Londrina-PR, 2016

| Variáveis | Primípara | | Múltipara | | Valor <i>p</i> | |
|--|----------------------------|--------------|------------|--------------|----------------|-------|
| | n | % | N | % | | |
| | 143 | 100,0 | 214 | 100,0 | | |
| Adaptação tranquila ao cotidiano | | | | | | |
| Sim | 62 | 43,4 | 107 | 50,0 | 0,235 | |
| Não | 81 | 56,6 | 107 | 50,0 | | |
| Consulta com pediatra | | | | | | |
| Sim | 101 | 70,6 | 165 | 77,1 | 0,175 | |
| Não | 42 | 29,4 | 49 | 22,9 | | |
| Consulta com enfermeiro | | | | | | |
| Sim | 97 | 67,8 | 153 | 71,5 | 0,481 | |
| Não | 46 | 32,2 | 61 | 28,5 | | |
| Testes de triagem neonatal | | | | | | |
| Completo | 142 | 99,3 | 203 | 94,5 | 0,407 | |
| Incompleto | 1 | 0,7 | 11 | 5,5 | | |
| Vacinação | | | | | | |
| Completa | 143 | 100,0 | 207 | 96,7 | 1,000 | |
| Incompleta | - | - | 7 | 3,3 | | |
| Cuidado materno diário à criança | | | | | | |
| <i>Banho corporal</i> | | | | | | |
| Sim | 133 | 93,0 | 209 | 97,7 | 0,056 | |
| Não | 10 | 7,0 | 5 | 2,3 | | |
| <i>Curativo do coto umbilical</i> | | | | | | |
| Sim | 128 | 89,5 | 208 | 97,2 | 0,005 | |
| Não | 15 | 10,5 | 6 | 2,8 | | |
| Solução utilizada | Água e sabonete | 78 | 57,4 | 147 | 70,0 | 0,009 |
| | Álcool 70% ou SF 0,9% | 51 | 37,5 | 61 | 29,0 | |
| | Outros (moeda, óleo, etc.) | 7 | 5,1 | 2 | 1,0 | |
| <i>Higiene ocular</i> | | | | | | |
| Sim | 47 | 32,9 | 76 | 35,5 | 0,650 | |
| Não | 96 | 67,1 | 138 | 64,5 | | |
| <i>Pomada para prevenir dermatite</i> | | | | | | |
| Sim | 99 | 69,2 | 133 | 62,1 | 0,176 | |
| Não | 44 | 30,8 | 81 | 37,9 | | |
| <i>Coleito</i> | | | | | | |
| Sim | 42 | 29,4 | 83 | 38,8 | 0,071 | |
| Não | 101 | 70,6 | 131 | 61,2 | | |
| <i>Uso de chupeta para acalmar bebê</i> | | | | | | |
| Sim | 83 | 58,0 | 90 | 42,1 | 0,004 | |
| Não | 60 | 42,0 | 124 | 57,9 | | |
| Alimentação atual da criança | | | | | | |
| Aleitamento Materno Exclusivo | 61 | 42,7 | 104 | 48,6 | 0,281 | |
| Aleitamento Artificial | 82 | 57,3 | 110 | 51,4 | | |
| Relato de problemas para amamentar | | | | | | |
| Sim | 91 | 63,6 | 105 | 49,1 | 0,007 | |
| Não | 52 | 36,4 | 109 | 50,9 | | |
| Dificuldades para se adaptar à rotina de cuidados | | | | | | |
| Acordar a noite e não dormir | 16 | 11,2 | 28 | 13,1 | <0,0001 | |
| Realizar cuidados gerais | 40 | 28,0 | 24 | 11,2 | | |
| Lidar com a cólica intestinal e choro | 30 | 21,0 | 33 | 15,4 | | |
| Conciliar funções: casa e cuidado do bebê | 28 | 19,6 | 49 | 22,9 | | |
| Sem dificuldades | 29 | 20,3 | 80 | 37,4 | | |

Nos primeiros 42 dias após o parto as mães referiram que seus filhos apresentaram alterações fisiológicas. Quanto ao sistema tegumentar, a icterícia esteve presente nos bebês de ambos os grupos maternos. Para tratamento, foram utilizados a fototerapia e banho de sol em 57,8% das crianças das primíparas e em 52,6% das múltíparas. Mas o uso de terapias alternativas (banho de picão) foi maior entre as múltíparas (46,4%), contra 39,1% das mães que tiveram o primeiro filho.

Quanto ao sistema gastrointestinal, a cólica intestinal do recém-nascido apresentou associação estatisticamente significativa com a paridade ($p=0,036$), sendo referida mais frequentemente (67,8%) pelas primíparas. Da mesma forma, o uso de chás também apresentou significância estatística com a paridade ($p=0,011$) e, neste caso, quase a metade (49%) das primíparas utilizou chá para o alívio, já entre as múltíparas o uso foi menor (35%). Em ambos os grupos de mulheres, os familiares foram os maiores responsáveis pela sua indicação, 82,6% e 67,6%, respectivamente. Entretanto, ressalta-se que 29,7% das mães com dois ou mais filhos e 14,5% daquelas com apenas um, fizeram opção individual pelo uso de chás. Além do uso de chás para o alívio da cólica intestinal, as primíparas (26,6%) e múltíparas (23,8%) administraram medicação orientadas por profissionais de saúde.

A presença de conjuntivite/secreção ocular nos bebês foi referida por 32,9% das primíparas e 35,5 das múltíparas. O uso de colírio ou Soro Fisiológico para tratamento totalizou 61,7% e 47,4%, respectivamente. Já o uso do leite materno foi mais frequente entre as mães com dois ou mais filhos (52,6%), se comparadas àquelas com um (38,3%).

Entre os problemas respiratórios, mais de 53% de ambos os grupos de puérperas referiram a obstrução nasal, já gripe/resfriado/pneumonia foram citados por 8,3% das primíparas e 9,8% das múltíparas.

Tabela 3. Visita Domiciliar nos primeiros 42 dias pós-parto: maneiras de cuidado materno à criança com alterações fisiológicas dos sistemas conforme a paridade (primípara e múltipara), Londrina-PR, 2016

| Sistemas | Primípara | | Múltipara | | Valor P |
|---|-----------|-------|-----------|-------|------------|
| | n | % | N | % | |
| | 143 | 100,0 | 214 | 100,0 | |
| Sistema Tegumentar | | | | | |
| <i>Icterícia</i> | | | | | |
| Sim | 64 | 44,8 | 97 | 45,3 | 1,000 |
| Não | 79 | 55,2 | 117 | 54,7 | |
| <i>Tratamento da icterícia</i> | | | | | |
| Fototerapia/banho de sol | 37 | 57,8 | 51 | 52,6 | 0,454 |
| Banho de picão | 25 | 39,1 | 45 | 46,4 | |
| Chá de picão | 2 | 3,1 | 1 | 1,0 | |
| Sistema Gastrointestinal | | | | | |
| <i>Cólica intestinal</i> | | | | | |
| Sim | 97 | 67,8 | 121 | 56,5 | 0,036 |
| Não | 46 | 32,2 | 93 | 43,5 | |
| <i>Uso de chás para cólica intestinal</i> | | | | | |
| Sim | 70 | 49,0 | 75 | 35,0 | 0,011 |
| Não | 73 | 51,0 | 139 | 65,0 | |
| <i>Quem orientou uso chás para cólica intestinal</i> | | | | | |
| Profissional de saúde | 2 | 2,9 | 2 | 2,7 | 0,091 |
| Opção individual | 11 | 14,5 | 23 | 29,7 | |
| Familiares | 57 | 82,6 | 50 | 67,6 | |
| <i>Fez uso de medicação para cólica intestinal</i> | | | | | |
| Sim | 38 | 26,6 | 51 | 23,8 | 0,618 |
| Não | 105 | 73,4 | 163 | 76,2 | |
| <i>Quem orientou medicação para cólica intestinal</i> | | | | | |
| Profissional de saúde | 35 | 92,1 | 39 | 78,0 | 0,079 |
| Opção individual | 1 | 2,6 | 9 | 18,0 | |
| Familiares | 2 | 5,3 | 2 | 4,0 | |
| Sistema Oftalmológico | | | | | |
| <i>Conjuntivite/secreção ocular</i> | | | | | |
| Sim | 47 | 32,9 | 76 | 35,5 | 0,650 |
| Não | 96 | 67,1 | 138 | 64,5 | |
| <i>Tratamento para Conjuntivite/secreção ocular</i> | | | | | |
| Colírio ou Soro Fisiológico | 29 | 61,7 | 36 | 47,4 | 0,292 |
| Leite Materno | 18 | 38,3 | 40 | 52,6 | |
| Sistema Respiratório | | | | | |
| <i>Obstrução nasal</i> | | | | | |
| Sim | 76 | 53,1 | 144 | 53,3 | 1,000 |
| Não | 67 | 46,9 | 100 | 46,7 | |
| <i>Gripe, resfriado, pneumonia</i> | | | | | |
| Sim | 12 | 8,3 | 21 | 9,8 | 0,718 |
| Não | 131 | 91,6 | 193 | 90,2 | |

2.1.4 DISCUSSÃO

O padrão etário reprodutivo das mulheres do município em estudo não apresentou a tendência nacional e por região. Pois, entre 2000 e 2012, aquelas com 20 a 24 anos diminuíram de 30,9% para 25,3% e as de 30 a 34 anos aumentaram de 15,5% para 19,4%. Ao analisar os nascimentos por região e idade materna no Sul e Sudeste, estes foram mais frequente em mulheres com ≥ 30 anos

de idade e entre aquelas com ≤ 20 anos no Norte e Nordeste (BRASIL, 2014). Também não houve disparidade entre primíparas e multíparas, pois, respectivamente, a maioria teve o primeiro bebê antes dos 24 anos e tinha oito anos e mais de estudo, menos da metade possuía ocupação remunerada e era da classe CD. Já naquelas com mais filhos as porcentagens foram inferiores, com exceção da ocupação, que foi discretamente superior. No cenário nacional, a relação entre faixa etária e escolaridade mostrou a idade materna no parto ≥ 30 anos e escolaridade ≥ 12 anos de estudo, enquanto que as com idade inferior a 20 anos tinham menos de sete (BRASIL, 2014).

No que se refere ao tipo de parto, embora neste estudo o vaginal tenha predominado em ambos os grupos de paridade, ainda assim, por se tratar de uma maternidade de risco habitual e intermediário, a via cirúrgica foi utilizada em mais de 20% dos atendimentos. Ressalta-se que, no Brasil, há aumento de cesáreas sem a devida indicação, contrariando a recomendação da Organização Mundial da Saúde de no máximo 15% (BRASIL, 2015).

Após o parto a maioria dos recém-nascidos foi encaminhada para o Alojamento Conjunto devido à adequada condição de nascimento quanto ao peso, idade gestacional e índice de Apgar. Considerando que a maternidade possui a Iniciativa Hospital da Criança (IHAC), que preza pelo cumprimento dos dez passos para amamentação, observou-se que a totalidade dos bebês não estava em AME e as primíparas referiram maior dificuldade para amamentar. Resultado semelhante foi identificado no estudo de coorte que objetivou verificar o tempo médio do aleitamento materno exclusivo de crianças nascidas em hospital com título de IHAC, em São Paulo, que atende usuárias pelo SUS (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Na alta hospitalar, embora quase a totalidade das puérperas tenha sido orientada para a consulta de retorno puerperal, grande parte não compareceu nesse atendimento. Nas diretrizes ministeriais, está clara a importância do seguimento da mulher e criança ainda nos primeiros 10 dias após o parto, uma das ações para auxiliar as mães no manejo e manutenção do aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, bem como identificar risco de desmame precoce, detectar precocemente sinais de agravos materno-infantis e reduzir as taxas de mortalidade (BRASIL, 2013). Ao contrário da menor adesão nas consultas de retorno puerperal pelas puérperas, verificou-se, neste estudo, a presença mais frequente da mulher nas consultas do seu filho tanto com o pediatra quanto com o enfermeiro,

pouco mais entre as múltiparas do que nas primíparas. Mesmo que as mães tenham buscado assistência do serviço de saúde, as com o primeiro filho referiram menos facilidade para se adaptar ao cotidiano de cuidado após o parto do que as com mais.

Resultado pouco diferente foi encontrado no estudo realizado no Haiti, em que a falta de interação dos profissionais com a mulher no ciclo gravídico-puerperal, em especial, aquelas com menor condição socioeconômica e maior número de filhos, apresentou associação significativa com o abandono do uso dos serviços de saúde para a assistência (BABALOLA, 2014). No Brasil, a regularidade do acompanhamento no serviço de saúde sofreu influência direta pela baixa escolaridade materna, bem como pelo número de filhos (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010). Entre os motivos da baixa adesão ao atendimento na atenção primária à saúde estão a falta de pessoal, medicações e estrutura precária, o que faz as mães procurarem unidades de emergência para seu filho quando necessitam (SOUZA et al., 2011). Também, a falta de conscientização da importância e por considerarem desnecessária (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010), esquecimento e falta de tempo (XIMENES NETO et al., 2010).

Se por um lado os resultados dos estudos mostram que as mães enumeram variados motivos para não aderirem às consultas puerperais e de acompanhamento do seu filho, por outro, pesquisas apontam para uma assistência materno-infantil fragmentada, pois, no Município de Lajes/RN, as orientações e cuidados fornecidos na consulta domiciliária foram direcionados quase que exclusivamente ao recém-nascido e a mulher recebeu apenas informação sobre a contracepção oral (MAZZO; BRITO; SANTOS, 2014), bem como nos resultados de Fortaleza/CE, em que a ênfase da avaliação puerperal foi o aleitamento materno e não contemplou as necessidades da mulher neste período (RODRIGUES et al., 2014). Também a assistência se fragmenta quando as ações em cada grupo populacional não são efetivas (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010), a exemplo da vacinação em dia e completude dos testes de triagem neonatal, os quais não foram realizados para a totalidade dos filhos das múltiparas no presente estudo. Resultados semelhantes aos de pesquisa em município brasileiro que teve como objetivo descrever o acesso e integralidade do atendimento de crianças menores de um ano de idade em programa de atenção ao recém-nascido (LIMA et al., 2016).

Embora as puérperas tenham buscado o serviço de saúde para seu filho, não na sua totalidade, o cuidado materno prestado ao bebê demonstrou

práticas sem evidências científicas e difundidas popularmente, que parecem estar sendo consolidadas entre as gerações familiares, tais como: uso de álcool a 70% ou soro fisiológico no curativo do coto umbilical, bem como substâncias que favorecem agravos infecciosos (moeda, teia de aranha, óleo comestível, etc.). Estudo de Pereira (2012) encontrou resultado semelhante.

Ainda referente ao cuidado materno com o coto umbilical, pesquisa qualitativa para conhecer as inter-relações geracionais que interferem no cuidado do coto umbilical do recém-nascido apreendeu forte influência familiar intergeracional no processo de cuidado, resultando em riscos de adoecimento referentes às práticas populares (LINHARES, 2012). Vale ressaltar que o álcool 70% não é consenso no cuidado do coto umbilical, mas estudo randomizado, em Bangladesh, para identificar a eficácia da aplicação de clorexidina no coto umbilical em dois grupos de recém-nascidos, um logo ao nascimento e outro diariamente por sete dias, evidenciou que a prevenção de infecções e, conseqüente morte neonatal, foi menor no primeiro grupo (ARIFEEN et al., 2012).

No que se refere aos cuidados maternos com a pele verificou-se o uso de pomadas para prevenir dermatites, mas estudo que revisou os cuidados preventivos básicos que se devem ter com a pele de bebês, quanto à higiene, banho, uso de agentes de limpeza, produtos tópicos e sua toxicidade percutânea, identificou que os componentes das fórmulas, em geral, apresentam agentes químicos tóxicos por se tratar de produtos cosmetológicos e que não são recomendados para uso em crianças no período neonatal e infantil, no intuito de manter as funções da pele quanto à barreira cutânea, proteção mecânica, termorregulação, vigilância imunológica e prevenção de perda insensível de fluidos corporais. Portanto, os autores concluem que pais e profissionais precisam estar atentos ao apelo mercadológico dos produtos para crianças, induzindo-os ao consumo exagerado, sendo necessário serem prudentes e até rejeitá-los para que se minimizem riscos de agravos dermatológicos (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

Quanto à relação entre paridade e frequência do coleito, investigação em uma coorte de nascimentos, em Pelotas-RS, identificou que, ainda aos 12 meses, foi maior entre as mães com maior paridade, mais jovens, de baixo nível socioeconômico, menos escolarizadas, e entre crianças com hábito de despertar noturno (SANTOS, MOTA, MATIJASEVICH, 2010). Estes autores afirmam

a necessidade de os profissionais de saúde serem cautelosos quanto ao aconselhamento ou desestímulo do aleitamento e, devem considerar a preferência dos pais, o contexto cultural e o ambiental e a estrutura familiar, já que essa prática pode trazer tanto benefícios cognitivos e manutenção do aleitamento materno exclusivo, como riscos de morbimortalidade.

No que se refere ao aleitamento materno, apesar das ações ministeriais no país para o aleitamento materno, ainda resultados de pesquisas apontam que muitas mães apresentam dificuldades tais como: a falta de conhecimento, problemas com as mamas, leite fraco e falta de leite (BRITO et al., 2011; ROCHA et al., 2013). Entre as práticas maternas que podem influenciar negativamente para a manutenção do aleitamento exclusivo, destaca-se o uso de bicos e chupetas para acalmar o bebê (ROCHA et al., 2013), que foi estatisticamente significativo no presente estudo e mais frequente entre as primíparas do que as multíparas.

Além da dificuldade e abandono do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 42 dias de vida da criança, neste estudo, evidenciaram-se também queixas quanto à rotina no cotidiano materno após o nascimento do primeiro ou segundo bebê, desde dificuldades para conciliar a nova função de ser mãe com atividades domésticas, até para realizar cuidados gerais com o recém-nascido. Pesquisadores que analisaram a experiência da maternidade pela primeira vez identificaram que, apesar dos discursos positivos quanto ao sentimento de ter o primeiro filho, as mulheres não deixaram de relatar o aumento da responsabilidade, as mudanças nos hábitos de vida e na dinâmica familiar, bem como cansaço por cuidar da criança 24 horas por dia (ZANATTA; PEREIRA, 2015). Por outro lado, pesquisa que investigou sentimentos e expectativas da mãe quanto ao nascimento do segundo filho mostrou que algumas se sentiam mais tranquilas por já terem um filho, conhecerem as alterações gestacionais e o parto, vivenciarem os cuidados do recém-nascido, entretanto, ao terem que conciliar funções de mãe, esposa, dona de casa e trabalho, surgiram sentimentos de angústia e frustração (ESTEVES et al., 2013). Estas frustrações foram pouco mais frequentes entre as multíparas que para as primíparas no presente estudo, bem como a necessidade de dormir à noite, resultado semelhante ao de outra investigação (BIANCHINI; KERBER, 2010).

Ressalta-se que a dinâmica familiar passa por transformações tanto para o cotidiano das primíparas quanto das multíparas. Portanto, é necessária uma

atenção materno-infantil de qualidade, que a equipe de saúde esteja presente para dar apoio e orientações, reconhecer as fragilidades e potencialidades de cada caso e estar atuando para a adequada recuperação da puérpera e crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis (RODRIGUES et al., 2013; BABALOLA, 2014).

Quanto às alterações fisiológicas das crianças, constatou-se o banho de picão, terapia complementar não recomendada. Embora esta prática não seja comprovada cientificamente, estudo realizado em maternidade do interior paulista, para identificar o conhecimento materno sobre tratamentos alternativos e seu uso pelas mães, mostrou que a maioria conhecia algum tipo de tratamento alternativo, tais como: banhos com picão, telha virgem, rosa-branca e exposição ao sol e também tinha percepção sobre a eficácia ou não e, algumas afirmaram uso prévio ou pretensão após a alta (LUCESI; BERETTA; DUPAS, 2010).

A cólica no recém-nascido, outra alteração fisiológica identificada pelas mães neste estudo, que é considerada uma ocorrência natural devido à imaturidade intestinal (SAVINO, 2014), se apresentou mais frequente entre os filhos das primíparas, bem como a oferta de chás para seu alívio, predominantemente orientada pelos familiares. Resultados semelhantes foram encontrados em outra investigação no interior paulista, com a introdução do chá pelas mães aos lactentes mesmo em AME (CAMPOS et al., 2015).

O limitado manejo da cólica pelos pais pode influenciar na manutenção do aleitamento materno exclusivo. Devido ao choro do recém-nascido ser associado à fome e ao leite ser fraco e insuficiente, possivelmente isso tenha contribuído para o abandono do aleitamento no presente estudo. Portanto, torna-se necessária orientação para a mãe desde o pré-natal, a fim de que torná-las aptas para prevenir as cólicas e para que prestem cuidado adequado no alívio da dor da criança (CHRISTOFFEL et al., 2013). Também deve-se atentar para desencorajá-las quanto ao uso de chás, pois esta prática está enraizada na crença popular no auxílio do alívio da cólica e relaxamento do bebê, bem como para tratar a icterícia com chá e banho (BIANCHINI; KERBER, 2010).

Outra prática difundida entre as mães no cuidado do bebê foi o uso do leite materno no tratamento da conjuntivite/secreção ocular, mas não há evidências científicas quanto ao seu efeito. Em geral a conjuntivite química ocorre após a aplicação do nitrato de prata 1% e sua duração é de até 48 horas e a

persistência dos sinais e sintomas deve ser avaliada por especialista (PASSOS; AGOSTINI, 2011).

Os saberes populares de gerações anteriores, ainda difundidos tanto entre as mulheres primíparas quanto multíparas do presente estudo, mostram o quanto a rede de relações familiares e socioculturais influencia as práticas de cuidados da criança (LINHARES, 2012). Mas estudo aponta para a ressignificação destes cuidados entre mães com mais filhos após participarem de ações educativas em uma unidade de saúde, adquirindo o saber científico e substituindo o popular (RODRIGUES et al., 2013). Por outro lado, resultado de pesquisa aponta que é necessária uma assistência mais individualizada para primíparas por estas terem menos conhecimento que as multíparas (FERREIRA et al., 2015) e, por referirem sentimentos de insegurança e medo, justificados pela falta de experiência (PEREIRA, 2012).

2.1.5 CONCLUSÃO

As condições sociodemográficas entre primíparas e multíparas se apresentaram estatisticamente significativas, à exceção da ocupação e classe social. O parto vaginal, bem como o nascimento à termo, foram comuns entre ambos os grupos de paridade. O aleitamento materno exclusivo predominou no alojamento conjunto, porém com 42 dias, foi mantido para menos da metade dos bebês de mães primíparas. Este grupo foi o que mais referiu dificuldade para amamentar tanto na maternidade quanto após a alta.

Pouco mais da metade das mulheres compareceu à consulta de retorno puerperal, mas a maioria levou seu filho à consulta com o pediatra e enfermeiro na unidade básica de saúde, nos primeiros 42 dias pós-parto, sendo esta atitude pouco mais frequente entre multíparas do que primíparas.

Os cuidados diários com a criança foram mais frequentemente realizados pelas mães multíparas, entretanto, estas praticavam mais o coleito. As dificuldades no cotidiano foram as relacionadas aos problemas com o bebê, como a cólica intestinal, conciliação das funções domésticas com a execução de cuidados com a criança. As práticas maternas não recomendadas para tratamento da icterícia, cólica intestinal e secreção ocular ainda prevaleceram em ambos os grupos maternos, influenciadas fortemente pelos familiares, em especial das primíparas.

Apesar de as primíparas serem consideradas mais suscetíveis à realização errônea de alguns cuidados com o recém-nascido, percebe-se que o filho sempre trará dificuldades na vivência das puérperas, sendo o primeiro filho ou não. Cada criança tem sua singularidade, sendo assim, deve-se realizar um cuidado integral para todas as gestantes e puérperas, sem diferenciação da paridade.

2.1.6 REFERÊNCIAS

- ARIFEEN, S. E, et al. The effect of cord cleansing with chlorhexidine on neonatal mortality in rural Bangladesh: a community-based, cluster-randomised trial. **Lancet**, London, v. 379, n. 9820, p. 1022-1028, 2012.
- BABALOLA, S. O. Factors associated with use of maternal health services in Haiti: a multilevel analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 36, n. 1, p. 1-9, 2014.
- BIANCHINI, C. O.; KERBER, N. Mitos e crenças no cuidado materno e do recém-nascido. **VITTALLE**, Rio Grande, v. 22, n. 2, p. 35-50, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão nacional de incorporação de tecnologias do DUS. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRITO, H, et al. Experiência do aleitamento materno. **Acta Pediátrica Portuguesa** Lisboa, v. 42, n. 5, p. 209-214, 2011.
- CAMPOS, A. M. C. et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e a oferta de líquidos aos seus filhos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 283-290, 2015.
- CHRISTOFFEL, M. M, et al. Cólica no lactente: estudo descritivo das práticas de cuidados maternos para o alívio da dor. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5876-82, 2013. <<http://revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/download/4788/7356>>. Acesso em: 30 jul. 2016.
- ESTEVES, C. M, et al. A gestação do segundo filho: sentimentos e expectativas da mãe. **Psico PUCRS**, Porto Alegre, v. 44, n. 4, p. 542-551, 2013.

FERNANDES JD, MACHADO MCR, OLIVEIRA ZNP. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol*. 2011; 86(1):102-10. <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>

FERREIRA, M. A, et al. Conhecimento de mães sobre os cuidados com crianças menores de um ano. **Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde Online**, Uberaba, v. 4, n. 1, p. 16-27, 2015. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1261/1132>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

Lima PR, Furtado MCC, Reis MCG, Mello DF, Pina JC. Acesso e cuidado do recém-nascido em um programa de atenção à saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2016;18:e1156. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.31930>

LINHARES, E. F. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 828-836, 2012.

LUCHESE, B. M.; BERETTA, M. I. R.; DUPAS, G. Conhecimento e uso de tratamentos alternativos para icterícia neonatal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 506-512, 2010.

MAZZO, M. H. S. N; BRITO, R. S; SANTOS, F. A. P. S. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 663-667, 2014.

PASSOS AF, AGOSTINI FS. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. *Rev bras oftalmol*. 2011; 70(1): 57-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802011000100012>

PEREIRA, M. C. Sentimentos da puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 537-42, 2012.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 22-7, 2014.

ROCHA, N. B, et al. Estudo longitudinal sobre prática de aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica e Integrada**, João Pessoa, v. 13, n. 4, p. 337 -342, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/133404>>. Acesso em: 10 ago. 2016

RODRIGUES, D. P. et al. Cuidados ao binômio mãe-filho no puerpério imediato: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 13, n. 2, p. 227-238, 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4231/pdf_142 >. Acesso em: 10 ago.2016.

RODRIGUES, D. P, et al. Representações sociais de mulheres sobre gravidez, puerpério e ações educativas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 12, n. 4, p. 911-922, 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4287/pdf_19 >. Acesso em: 10 ago. 2016.

SANTOS IS, MOTA DM, MATIJASEVICH A. Epidemiologia do co-leito e do despertar noturno aos 12 meses de idade em uma coorte de nascimentos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2010; 81 (2):121-9.

SAVINO, F. Looking for new treatments of infantile colic. **Italian Journal of Pediatrics**, Pisa, v. 40, p. 43, 2014. Acesso em: 30 jul. 2016. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4050441/pdf/1824-7288-40-53.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SOUZA, M. H. N, et al. Estratégia acolhimento mãe-bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma Unidade Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 4, 671-677, 2011.

VITOLLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v. 86, n. 1, p. 80-84, 2010.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 51-59, 2010.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R. Ela enxerga em ti o mundo: a experiência da maternidade pela primeira vez. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 959-972, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n4/v23n4a13.pdf>> . Acesso em: 30 jul. 2016.

2.2 MANUSCRITO 2

(IN)ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL: PRÉ-NATAL, PARTO E SEGUIMENTO PUERPERAL

RESUMO

Objetivo: analisar a adequação da assistência materno-infantil no pré-natal, parto e período puerperal no serviço de saúde público. **Método:** estudo de coorte realizado em cidade do Estado do Paraná, em três etapas com 357 puérperas: maternidade municipal; ambulatório de retorno puerperal imediato e visita domiciliar 42 dias pós-parto. As variáveis foram agrupadas e formaram 4 domínios (1-pré-natal, 2-maternidade, 3-retorno puerperal imediato, 4-retorno puerperal tardio), analisados por meio de cálculo da média, mediana, desvio padrão e coeficiente de variância considerando $\geq 70\%$ como assistência adequada e inferior inadequada. **Resultados:** a adequação foi 33,3% para variáveis do domínio 1, 50% no 2, apenas 12,5% no 3 e 58,3% no 4. A menor média de adequação foi observada no domínio 3 (39,37) e a maior no 4 (74,82), mediana de 50,00 no domínio 3 e 76,90 no 4. O desvio padrão maior no domínio 3 (25,18) e o coeficiente de variância foi alto nos domínios 1 e 3. **Conclusão:** no seguimento materno-infantil encontrou-se índices próximos ao adequado no atendimento na maternidade e superior no retorno puerperal tardio, entretanto, pré-natal e retorno puerperal imediato se apresentaram aquém do preconizado nas redes de atenção materno-infantil.

Descritores: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the adequacy of maternal and child care in the prenatal, delivery and postpartum period in the public health service. **Method:** A cohort study conducted in the state of Paraná city in three stages with 357 mothers: municipal maternity; immediate puerperal return; home visit 42 days postpartum. The variables were grouped and formed four domains (1-prenatal, 2 maternity, 3- immediate puerperal return, 4- late puerperal return), analyzed by calculating the mean, median, standard deviation and coefficient of variance considering $\geq 70\%$ adequate and inadequate care less. **Results:** adequacy was 33.3% for 1 domain variables, 50% in the second, only 12.5% in the third and 58.3% in 4. The lowest average adjustment was observed in the field 3 (39.37) and most in 4 (74.82), median of 50.00 and 76.90 in the field 3 in 4. The highest standard deviation in the field 3 (25.18) and the coefficient of high variance variance in the fields 1 and 3. **Conclusion:** the maternal and child tracking indices close to adequate care in maternity and higher in the late puerperal return, however, pre natal and immediate puerperal return presented below recommended levels in maternal and child care networks.

Descriptors: Program Evaluation. Child Health. Women's Health. Health Systems

2.2.1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde direcionadas à população materno-infantil, no Brasil, passaram por um longo processo de (re)estruturação visando a melhoria da assistência e redução das taxas de morbidade e mortalidade por causas consideradas evitáveis, por meio do acesso a serviços qualificados (HUÇULAK; PETERLINI, 2014). Em 2011, a taxa de mortalidade infantil no Brasil, já havia diminuído em relação aos anos anteriores, mas ainda estava alta, quando comparada com outros países (MOREIRA et al., 2012). Desde então o governo estabeleceu uma nova estratégia para mudança no modelo de atenção, originando assim, a Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011) que traz como seus objetivos: a promoção e implantação de um novo modelo na atenção ao parto e nascimento; a organização da rede de atenção à mulher e criança com garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e, redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2013).

Concomitante à implantação e princípios gerais da RC no Paraná, em 2012, criou-se a Rede Mãe Paranaense (RMP) (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; MENDES, 2011). Pesquisa para avaliar a implementação da RMP em três regionais de saúde do estado do Paraná identificou algumas falhas no processo, entretanto, mesmo com elas o programa tem apresentado impacto positivo nos indicadores de saúde materno e infantil. Sabe-se que ainda há muito o que melhorar, com enfoque na qualificação dos profissionais participantes desse processo, para possibilitar a promoção da atenção à saúde à este grupo populacional de forma resolutiva e eficiente (FRANK et al., 2016a).

Ressalta-se que a assistência materno-infantil deve ser realizada desde o pré-natal, prosseguindo no parto e puerpério. O recorte de tempo que abrange o puerpério apresenta diferenciações na literatura. Nesse estudo utilizou-se o conceito com base no Ministério da Saúde, no qual o puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e não possui término previsto, sendo dividido em três estágios: puerpério imediato (do primeiro ao décimo dia após o parto), puerpério tardio (11^o ao 42^o dia) e o puerpério remoto (a partir do 43^o dia) (BRASIL, 2001).

Diante de todas as ações programáticas para melhoria da assistência materno-infantil no Brasil, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Portaria nº. 1.120 de 5 de agosto, define a

promoção e proteção da saúde da criança visando à integralidade, da gestação aos 9 anos de vida. Entre os princípios dessa política destacam-se a integralidade do cuidado, equidade em saúde, o direito à vida e à saúde, bem como o acesso universal e humanização do cuidado. No artigo 6º apresenta os sete eixos estratégicos, sendo um deles a atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido (RN), visando à melhoria do acesso, cobertura, humanização e qualidade dos serviços obstétrico e neonatal por meio da integração das ações do pré-natal, maternidade e acompanhamento da criança na atenção básica (BRASIL, 2015).

A integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não é compromisso de apenas um profissional ou serviço de saúde, mas é tangida pelos princípios do trabalho em rede, escuta às necessidades dos usuários, utilização de medidas resolutivas e estabelecimento de vínculo com a população (SOUZA et al., 2013). A assistência à mulher e criança ainda está em construção, com mudança do paradigma do modelo centrado na doença para um modelo com foco em redes, na inclusão da família e sociedade e integralidade do cuidado (ARAÚJO et al., 2014). Em vista do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar a adequação da assistência materno-infantil no pré-natal, parto e período puerperal no serviço de saúde público.

2.2.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de coorte, realizado no Município de Londrina, Paraná, entre julho e novembro de 2013. O acesso às mulheres na pesquisa foi efetivado na maternidade pública do município referência para parto/gestação de risco habitual (RH) e risco intermediário (RI), exclusivo para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

O cálculo amostral foi realizado a partir dos 3.415 partos de 2012, considerando uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, resultando em 358 mulheres. Houve uma exclusão por adoção da criança, portanto o n foi de 357 puérperas. Os critérios de inclusão foram: residir na zona urbana, ser gestante de RH e RI e ser capaz de compreender e consentir em sua participação no estudo. A coleta de dados ocorreu em três etapas: 1ª. na maternidade, em prontuários, Carteira da Gestante e entrevista um dia após o parto; 2ª. no ambulatório, em

consulta de Retorno Puerperal Imediato (RPI), 7 a 10 dias após a alta da maternidade; 3ª. Primeira Visita domiciliar (VD) 42 dias pós-parto (Retorno Puerperal Tardio-RPT). Os dados foram coletados em formulário previamente testado preenchido pelos pesquisadores.

A variável tipo de assistência materno-infantil 1-sim (informação adequada) e 2-não (inadequada) foi construída com base nas ações preconizadas nos protocolos da rede de assistência materno-infantil (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011) organizadas em quatro grupos assistenciais: Grupo I: assistência ao pré-natal; Grupo II: atendimento na maternidade; Grupo III: consulta de retorno puerperal imediato (RPI); e Grupo IV: retorno puerperal tardio (RPT). Os dados foram processados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences®. Inicialmente realizou-se análise descritiva das variáveis em porcentagens para identificar o tipo de assistência materno-infantil (adequada ou inadequada). Por conseguinte, a análise por agrupamento de variáveis, em que cada Grupo assistencial foi denominado, respectivamente, Domínios 1, 2, 3 e 4: Domínio 1-Pré-natal; Domínio 2-Maternidade; Domínio 3-Retorno Puerperal Imediato e; Domínio 4-Retorno Puerperal Tardio. Para analisar os domínios utilizou-se o percentual de 70%, sendo $\geq 70\%$ adequada assistência e $< 70\%$ inadequada assistência, valor definido em outros estudos que avaliaram a adequação de programas materno-infantis (FRANK et al., 2016a, FRANK et al., 2016b) por meio do modelo de ajuste o cálculo da média, mediana, desvio padrão e coeficiente de variância.

A pesquisa foi previamente autorizada pela Autarquia Municipal de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UUEL), nº. 120.13/UUEL e CAAE: 19352513.9.0000.5231.

2.2.3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os resultados referentes ao Domínio 1 (pré-natal) e Domínio 2 (maternidade). Com relação à assistência no pré-natal observa-se que, das 15 variáveis selecionadas, apenas cinco foram consideradas adequadas, 71,7% das gestantes iniciaram o pré-natal com menos de 14 semanas de gestação, 85,4% realizaram seis ou mais consultas, 93,6% das consultas na Unidade Básica de Saúde (UBS) estavam de acordo com o risco gestacional (RH), em 79,3% dos cartões da gestante havia registro da vacinação antitetânica e 72,5% realizaram consulta 15 dias antes do parto.

Chama a atenção que para 36,1% das mulheres a gravidez não foi planejada, 74,5% tiveram o pré-natal inadequado, 51,5% não receberam orientação sobre o parto e 44,5%, sobre o aleitamento materno, em 65,8% não foi realizado exame clínico obstétrico na consulta. Quanto ao registro dos dados no Cartão da Gestante, em 89,4% não constava o peso no gráfico; em 56,6%, a avaliação do edema; em 52,7%, a vacinação contra hepatite B e; em 54,3%, problemas durante a gestação. Do total, 84,9% referiram que não haviam visitado a maternidade municipal previamente ao parto.

Referente à assistência na maternidade, para o atendimento na sala de parto quatro das oito variáveis foram consideradas adequadas, sendo 71,1% sem intercorrências, 87,4% com a presença do acompanhante, cerca de 87% das mães vivenciaram contato precoce com o recém-nascido e 73,1%, a sucção ao seio materno. A inadequação se refere aos 74,5% de partos vaginais, bem como 43,9% dos partos induzidos, 68,1% com algum tipo de laceração perineal, 34,7% que não receberam apoio para o aleitamento materno na sala de parto. Durante a internação no alojamento conjunto (AC), das sete variáveis apenas três foram adequadas, com 95,5% de amamentação por livre demanda, aproximadamente 85% mamilos íntegros e 84% receberam orientação quanto ao retorno à UBS. A inadequação se refere aos 54,1% de recém-nascidos que foram encaminhados ao AC uma hora após o parto, desenvolvimento de problemas nas mamas (41,2%), sendo 37,4% por fissura mamilar. No momento da alta hospitalar, 93,8% dos RNs não foram pesados e cerca de 48% das puérperas não receberam orientações sobre o local de referência para problemas com amamentação.

Tabela 1. Distribuição das variáveis de adequação da assistência materno-infantil durante a gestação e parto conforme o Domínio 1 (pré-natal) e Domínio 2 (maternidade) (n= 357), Londrina-PR, 2016

| Variáveis | Adequada | | Inadequada | |
|---|----------|------|------------|------|
| | n | % | n | % |
| Domínio 1 – Pré-natal | | | | |
| Gravidez planejada | 228 | 63,9 | 129 | 36,1 |
| Adequação do pré-natal | 91 | 25,5 | 266 | 74,5 |
| Início do pré-natal | 256 | 71,7 | 101 | 28,3 |
| Número de consultas | 305 | 85,4 | 52 | 14,6 |
| Local | 334 | 93,6 | 23 | 6,4 |
| Orientação para o parto | 173 | 48,5 | 184 | 51,5 |
| Orientação aleitamento materno | 198 | 55,5 | 159 | 44,5 |
| Exame clínico-obstétrico | 122 | 34,2 | 235 | 65,8 |
| <i>Preenchimento cartão pré-natal</i> | | | | |
| Problemas no pré-natal | 163 | 45,7 | 194 | 54,3 |
| Gráfico controle peso | 38 | 10,6 | 319 | 89,4 |
| Avaliação de edema | 155 | 43,4 | 202 | 56,6 |
| Esquema vacinação | | | | |
| Antitetânica | 283 | 79,3 | 74 | 20,7 |
| Anti-hepatite B | 169 | 47,3 | 188 | 52,7 |
| Intervalo entre última consulta pré-natal e parto | 259 | 72,5 | 98 | 27,5 |
| Visita à maternidade pela gestante | 54 | 15,1 | 303 | 84,9 |
| Domínio 2 – Maternidade | | | | |
| <i>Sala parto</i> | | | | |
| Tipo de parto | 266 | 74,5 | 91 | 25,5 |
| Indução do parto | 204 | 57,1 | 153 | 43,9 |
| Intercorrências intraparto | 254 | 71,1 | 103 | 28,9 |
| Períneo íntegro | 114 | 31,9 | 243 | 68,1 |
| Presença de acompanhante | 312 | 87,4 | 45 | 12,6 |
| Contato precoce mãe-bebê | 310 | 86,8 | 47 | 13,2 |
| Sucção na primeira hora pós-parto | 261 | 73,1 | 96 | 26,9 |
| Ajuda/orientação AM na sala de parto | 233 | 65,3 | 124 | 34,7 |
| <i>Alojamento Conjunto</i> | | | | |
| Encaminhamento do RN na primeira hora | 160 | 44,8 | 193 | 54,1 |
| Amamentação livre demanda | 341 | 95,5 | 16 | 4,5 |
| Ausência de problemas com as mamas | 210 | 58,8 | 147 | 41,2 |
| Mamilos íntegros | 302 | 84,6 | 55 | 15,4 |
| Pesagem do recém-nascido na alta hospitalar | 22 | 6,2 | 335 | 93,8 |
| Orientação local de referência para problemas com Aleitamento materno | 186 | 52,1 | 171 | 47,9 |
| Orientação retorno à UBS na alta hospitalar | 300 | 84,0 | 57 | 16,0 |

A Tabela 2 demonstra as questões referentes ao Domínio 3 (retorno puerperal imediato) e Domínio 4 (retorno puerperal tardio). No ambulatório de RPI (Domínio 3), dos 16 itens analisados, apenas dois foram considerados adequados, em 81,8% quanto ao comparecimento das puérperas na consulta e em 78,2% quanto ao atendimento por profissionais de saúde.

A inadequação se refere à avaliação do estado geral da puérpera pelo profissional (38,7%), das mamas e mamilos (44,5%), da mamada (73,7%),

realização da pesagem do RN (90,8%), exame físico do RN (75,4%) e agendamento de consulta de puericultura e vacina (63,3%). Também, as orientações materno-infantis pelo profissional não atingiram a porcentagem de adequação, 92,4% quanto aos cuidados com a cólica intestinal, 85,7% sobre o banho de sol, 99,2% para a prevenção de acidentes, 79% quanto ao aleitamento materno, 48,5% sobre o retorno à UBS para consulta de puericultura e vacinação, 45,4% para testes neonatais, 40,6% das mulheres não receberam informações para o planejamento familiar e em mais de 52% dos casos não foi indicada a contrarreferência.

No retorno puerperal tardio (Domínio 4), dos 12 itens analisados, sete foram considerados adequados. No que se refere à relevância da 1ª consulta da criança na UBS, 92,7% das mães consideraram um momento importante para sanar as dúvidas e avaliar a saúde do bebê, mais de 85% delas compareceram nas consultas de puericultura com o enfermeiro e, para aquelas que não comparecem, a maioria justificou-se por esquecimento da data e hora da consulta. Entre as consultas médicas, o motivo para o não comparecimento mais relatado foi a falta de agendamento ou por não ter médico pediatra no serviço. Houve adequação também para a não ocorrência de doenças ou acidentes após a alta hospitalar (77%), testes neonatais completos (96,6%), vacinação da BCG e agendamento das próximas vacinas no Cartão da Criança (97,2%).

Por outro lado, houve inadequação no apoio do profissional de saúde à puérpera (53,2%), na consulta com dentista (39,2%), onde a maioria das mães relatou não comparecer devido à falta de agendamento, aleitamento materno exclusivo (53,8%), ausência do registro no Cartão da Criança quanto ao peso (34,5%), estatura (35,9%) e perímetro cefálico (44,5%).

Tabela 2. Distribuição das variáveis de adequação da assistência materno-infantil após alta da maternidade conforme o Domínio 3 (retorno puerperal imediato) e Domínio 4 (período puerperal tardio) (n= 357), Londrina-PR, 2016

| Variáveis | Adequada | | Inadequada | |
|--|----------|------|------------|------|
| | n | % | n | % |
| Domínio 3 – Retorno Puerperal Imediato | | | | |
| Recebeu atendimento nos primeiros 10 dias | 292 | 81,8 | 65 | 18,2 |
| Profissional da saúde realizou atendimento | 279 | 78,2 | 78 | 21,8 |
| Avaliação do estado geral da puérpera | 219 | 61,3 | 138 | 38,7 |
| Avaliação das mamas e mamilos | 198 | 55,5 | 159 | 44,5 |
| Avaliação da mamada | 94 | 26,3 | 263 | 73,7 |
| Pesagem do recém-nascido | 33 | 9,2 | 324 | 90,8 |
| Realização exame físico recém-nascido | 88 | 24,6 | 269 | 75,4 |
| Agendamento puericultura e vacina | 131 | 36,7 | 226 | 63,3 |
| <i>Orientações de cuidado materno-infantil</i> | | | | |
| Cuidados com cólica intestinal | 27 | 7,6 | 330 | 92,4 |
| Banho de sol | 51 | 14,3 | 306 | 85,7 |
| Prevenção de acidentes | 3 | 0,8 | 354 | 99,2 |
| Aleitamento materno | 75 | 21,0 | 282 | 79,0 |
| Puericultura e vacina | 184 | 51,5 | 173 | 48,5 |
| Testes neonatais | 195 | 54,6 | 162 | 45,4 |
| Planejamento familiar | 212 | 59,4 | 145 | 40,6 |
| Realizada contrarreferência | 169 | 47,3 | 188 | 52,7 |
| Domínio 4 – Retorno Puerperal Tardio | | | | |
| Recebeu apoio do profissional de saúde | 167 | 46,8 | 190 | 53,2 |
| 1ª consulta da criança relevante | 331 | 92,7 | 26 | 7,3 |
| Enfermeiro | 312 | 87,4 | 45 | 12,6 |
| Consultas na UBS | 304 | 85,2 | 53 | 14,8 |
| Pediatra | 304 | 85,2 | 53 | 14,8 |
| Dentista | 217 | 60,8 | 140 | 39,2 |
| Criança em aleitamento materno exclusivo | 165 | 46,2 | 192 | 53,8 |
| Doença ou acidente após a alta hospitalar | 275 | 77,0 | 82 | 23,0 |
| Testes de triagem neonatal completos | 345 | 96,6 | 12 | 3,4 |
| Vacinação completa | 350 | 98,0 | 7 | 2,0 |
| <i>Anotações no Cartão da Criança</i> | | | | |
| Peso | 234 | 65,5 | 123 | 34,5 |
| Estatura | 229 | 64,1 | 128 | 35,9 |
| Perímetro cefálico | 198 | 55,5 | 159 | 44,5 |
| Agendamento de vacinas | 347 | 97,2 | 10 | 2,8 |

Na figura 1, em escala percentual estão representados a variabilidade dos domínios. Pode-se observar uma discrepância maior no Domínio 1 (pré-natal) e Domínio 3 (retorno puerperal imediato), ao contrário dos Domínios 2 (maternidade) e 4 (retorno puerperal tardio).

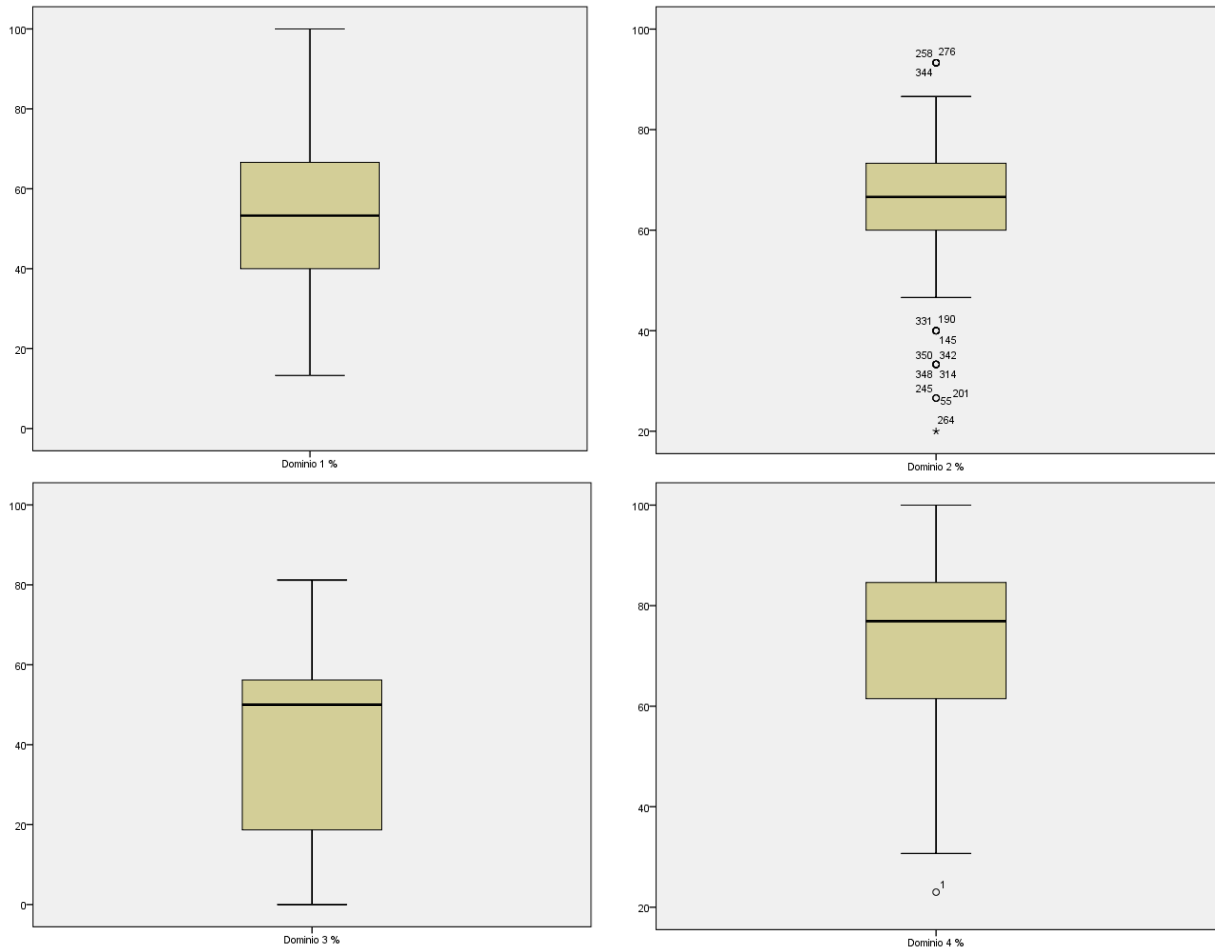


Figura 1. Distribuição da adequação da assistência materno-infantil conforme o Domínio 1 (pré-natal), Domínio 2 (maternidade), Domínio 3 (retorno puerperal imediato) e Domínio 4 (retorno puerperal tardio) nos serviços de saúde, Londrina-PR, 2016

A Tabela 3 apresenta as medidas de tendência central e medidas de dispersão para cada domínio. Nota-se a maior média (74,82) no grupo 4 (RPT), que foi superior ao índice de adequação ($\geq 70\%$). O Domínio 3 (RPI) apresentou a menor média (39,37). No seguimento, que envolve os quatro domínios, a média ficou inferior a 60. Na análise referente à mediana observa-se que o Domínio 4 também possui o maior valor e o Domínio 3, o menor, sendo o total semelhante à média. O desvio padrão demonstra que o Domínio 3 possui o maior desvio (25,18), explicitando maior variância em relação à média, enquanto que no total o desvio padrão foi de 9,90, indicando que em geral os dados estão próximos da média. Já o coeficiente de variância apresentou-se com média dispersão nos Domínios 2, 4 e total. E nos demais (1 e 3) observou-se alta dispersão (30,15–63,95), indicando heterogeneidade dos dados.

Tabela 3. Distribuição dos Domínios 1 (pré-natal), 2 (maternidade), 3 (retorno puerperal imediato) e 4 (retorno puerperal tardio) conforme modelo de ajuste, Londrina-PR, 2016

| Estatísticas | Domínio1 | Domínio2 | Domínio3 | Domínio4 | Total |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Média (%) | 52,79 | 64,86 | 39,37 | 74,82 | 57,10 |
| Mediana | 53,30 | 66,60 | 50,00 | 76,90 | 57,62 |
| Desvio Padrão | 15,92 | 13,42 | 25,18 | 15,88 | 9,90 |
| Máximo | 100,00 | 93,30 | 81,20 | 100,00 | 81,36 |
| Mínimo | 13,30 | 20,00 | 0,00 | 23,00 | 28,81 |
| Limite inferior (95%) | 51,13 | 63,46 | 36,75 | 73,17 | 56,07 |
| Limite superior (95%) | 54,45 | 66,25 | 41,99 | 76,48 | 58,13 |
| Coeficiente de variância | 30,15 | 20,73 | 63,95 | 21,22 | 17,33 |

2.2.4 DISCUSSÃO

As ações realizadas pela equipe de saúde, em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, devem levar em consideração as condições de vida e as diferentes formas de inserção social na comunidade adscrita da unidade de saúde, no intuito de alcançar um cuidado integral, direito constitucional no país (ANDRADE et al., 2015). A assistência integral deve ser iniciada desde o planejamento familiar, prosseguindo no pré-natal, momento de extrema importância para assegurar que a gestação se desenvolva bem, permitindo um parto saudável, minimizando riscos para a mãe e o recém-nascido mas, para isso, os gestores precisam promover recursos necessários para que o pré-natal e parto sejam realizados de maneira adequada (COSTA et al., 2016)

A primeira consulta de pré-natal deve ter início precoce, até o 3º mês de gestação e devem ser realizadas 6 ou mais consultas durante toda a gravidez. Deve ser realizado também a vinculação da gestante ao serviço hospitalar para o parto, bem como preparar visita guiada ao serviço até o 6º mês de gestação (BRASIL, 2011). Neste estudo evidenciou-se que este atendimento alcançou nível adequado, enquanto que as orientações e registro das consultas no Cartão da Gestante estavam aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde.

No período gestacional é necessário que a mulher seja preparada pelos profissionais de saúde para o parto e a chegada do bebê, tais como informações sobre o parto vaginal, hábitos saudáveis de vida, sinais de alerta, cuidados com o recém-nascido, bem como a importância da realização das consultas no puerpério e os direitos da mãe e pai (BRASIL, 2015; BRASIL, 2011). Entretanto, o presente estudo entra em concordância com outro estudo realizado, onde se percebe falha no serviço quanto as orientações no pré-natal, bem como

pouco mais de metade das gestantes orientadas quanto aos sinais do trabalho de parto e seus direitos (MONTEIRO e OLIVEIRA et al., 2016)

O incentivo e orientação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal são recomendados nos programas ministeriais, mas se apresentaram como inadequados no presente estudo. Os resultados de outras pesquisas, semelhantes a esta, mostraram que as mulheres reconhecem como importante, entretanto há desvalorização dessa prática, evidenciando lacunas nos programas de incentivo ao aleitamento materno durante o pré-natal, gerando, conseqüentemente, maior dificuldade na amamentação e desmame precoce (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016; MELO; SOARES; SILVA, 2015).

O componente pré-natal, como programa assistencial no município, não alcançou o índice de adequação desejado e preconizado pelo Ministério da Saúde neste estudo, o que não difere de outros municípios brasileiros; embora as cidades dos estados brasileiros da Região Sul estejam entre os melhores índices de números de consultas, ainda não atingiram a qualidade almejada e necessária (VIELLAS et al., 2014). Ao contrário, o atendimento na maternidade se apresentou aproximado ao preconizado pelos programas ministeriais (FRANK et al., 2016a; FRANK et al., 2016b; BRASIL, 2011) mas, ainda deve-se atentar para ajustes de alguns itens da prática obstétrica e incentivo e manutenção do aleitamento materno na sala de parto e alojamento conjunto, visto que é uma das maternidades públicas do município que possui título Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Na maternidade em estudo o parto vaginal foi mais frequente do que o cirúrgico, mas ainda não atende o recomendado pela Organização Mundial da Saúde, máximo 15% de partos cesáreos. Pesquisa de coorte nacional de base hospitalar com puérperas e seus recém-nascidos identificou que os maiores índices de mortalidade neonatal ocorreram nas maternidades que não atendiam às especificações de qualidade para o parto e nascimento seguro (LANSKY et al., 2014).

Na sala de parto, o contato precoce entre a mãe e o bebê na primeira hora pós-parto é de extrema importância para fortalecer e estimular o vínculo afetivo entre os dois. Toda a equipe de saúde deve se comprometer para que esse momento ocorra e seja realizado de forma integral, proporcionando benefícios não apenas para a mãe e o bebê, mas também para toda a família (FUCKS et al., 2015). Esse momento também é importante para o início da

amamentação, entretanto percebe-se um baixo índice dessa prática nos hospitais do Brasil, mesmo naqueles participantes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o que se torna uma realidade preocupante (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016). A continuidade no alojamento conjunto para a amamentação em livre demanda favorece a sua manutenção, diminuindo o risco do desmame precoce (UCHOA et al., 2016). Vale ressaltar que pequena porcentagem de RNs no presente estudo necessitou ser encaminhada à unidade de internação neonatal, sendo este um fato que pode influenciar no contato precoce e tempo de encaminhamento para o AC.

No período puerperal imediato a equipe do serviço da atenção primária deve realizar uma VD para acompanhar o estado geral da puérpera e da criança, bem como possíveis sinais de agravos. Nesta visita também devem ser orientados o aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, agendamento da 2ª consulta com enfermeiro, pediatra e dentista na UBS, ainda nos primeiros 30 dias de vida, pois é neste período que ocorrem os maiores índices de morbimortalidade por causas infecciosas que podem ser detectadas precocemente e tratadas em tempo oportuno. Nos meses subsequentes, consultas mensais ou a cada dois meses no 1º ano de vida, para o acompanhamento da criança para avaliar o crescimento e desenvolvimento, registrando-se na Carteira da Criança os testes de triagem neonatal, peso, altura, perímetro cefálico, vacinação, próximas consultas e orientações específicas e gerais (BRASIL, 2015; HUÇULAK; PETERLINI, 2014; BRASIL, 2011).

A consulta de RPI ocorreu, para a quase totalidade das mulheres, no ambulatório da maternidade, mas não atendeu à porcentagem de adequação de cuidado e orientação ao recém-nascido e puérpera conforme preconizado pelas redes de assistência materno-infantil (FRANK et al., 2016a; FRANK et al., 2016b; ANDRADE et al., 2015; BRASIL, 2011). Estudo também evidenciou baixo índice de orientações referentes aos cuidados com o recém-nascido, acompanhamento com a odontologia, bem como o aleitamento materno (MELO; SOARES; SILVA, 2016).

No puerpério tardio, percebe-se que o seguimento materno-infantil no serviço de atenção primária ainda é uma realidade distante de ser contemplada no cenário brasileiro, bem como a efetividade de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e mortes infantis, em especial as neonatais (ANDRADE et al., 2015).

Pesquisa que avaliou os atributos do serviço de atenção primária quanto ao atendimento de crianças menores de 2 anos, em município de Minas Gerais, evidenciou que mais de 80% dos cuidadores entrevistados avaliaram com baixos escores (MESQUITA-FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014). Ao contrário, pesquisa que também avaliou os mesmos atributos, em município do Estado do Paraná, identificou que os melhores índices foram os referentes à atenção primária das unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), se comparadas às UBS tradicionais, porém concluiu a necessária revisão das ações de assistência à criança em ambos os modelos de atenção (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

A inefetividade do serviço no RPT se observou no presente estudo quanto ao AME, que apresentou importante queda da maternidade para os 42 dias de vida da criança. Estudo realizado com nutrizes revelou que a promoção do aleitamento materno não foi eficiente e não houve um acompanhamento e apoio à amamentação, bem como a presença de dúvidas e ansiedade por parte delas, ocasionando dificuldades no processo de lactação, conseqüentemente tornando a amamentação difícil e dolorosa (VARGAS et al., 2016). Tal fato confirma a falha na implantação das redes de apoio à amamentação, gerando necessidade de reestruturação dos serviços a fim de atender na totalidade e de forma integral a população de gestantes e puérperas, de modo que os profissionais de saúde estejam aptos a orientar a mulher durante o pré-natal para prepará-la para a vivência do parto e período puerperal (ALMEIDA et al., 2016).

O registro no Cartão da Criança também não atingiu a porcentagem de adequação no presente estudo, com exceção das vacinas. Estudo que analisou pesquisas brasileiras sobre o uso de instrumento de acompanhamento de saúde da criança, com ênfase nas variáveis do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, identificou que a totalidade foi subutilizada, os gráficos de acompanhamento do crescimento raramente foram preenchidos e chegaram a 96,3% no caso de peso para a idade (ALMEIDA et al., 2016).

A quase totalidade estava com a vacinação em dia e com os testes completos de triagem neonatal. Ao contrário, em outra pesquisa, cerca de 10% das crianças estavam em atraso vacinal (TERTULIANO; STEIN, 2011). A vacinação deve ser orientada à gestante e puérpera, pois algumas referem saber sobre a importância, mas não possuem conhecimento exato sobre as vacinas (OLIVEIRA et al., 2014).

Estudo realizado sobre a vulnerabilidade no desenvolvimento infantil aponta fragilidades na infraestrutura dos serviços, como a falta de recursos humanos e estrutura deficiente dos estabelecimentos de saúde, repercutindo negativamente no desenvolvimento da criança (SILVA et al., 2015). Apesar dos programas para a promoção do desenvolvimento infantil, ainda não há implementação adequada no cotidiano dos serviços de atenção primária, tornando o cuidado à criança um desafio, com necessidade de se trabalhar a integralidade no processo (SILVA et al., 2015; DUARTE et al., 2013).

2.2.5 CONCLUSÃO

Apesar das gestantes iniciarem o pré-natal precocemente com número adequado de consultas, ainda há poucas orientações sobre tipo de parto, sinais de alerta e aleitamento materno, bem como limitada realização do exame clínico obstétrico durante as consultas e falta de registro no Cartão da Gestante.

Na maternidade nota-se uma melhora na assistência, entretanto, ainda se observa um índice superior ao preconizado de partos cesáreos e de práticas obstétricas desnecessárias, demora no encaminhamento ao alojamento conjunto, falta da pesagem do recém-nascido no momento da alta hospitalar e orientação sobre local de referência para problemas com as mamas. Apesar da assistência na maternidade ter se aproximado mais ao adequado acredita-se que os índices podem ser mais elevados, por se tratar de uma maternidade Hospital Amigo da Criança.

Após a alta da maternidade espera-se captar as puérperas e recém-nascidos em até dez dias após parto e nascimento. No estudo a maioria da população fez o primeiro atendimento com profissionais de saúde, contudo, houve falha em toda a assistência, com índice de inadequação para avaliação do estado geral da puérpera, avaliação das mamas, mamilos e mamada, pesagem e exame físico do recém-nascido, agendamento da puericultura e vacinação, retorno à UBS e orientações referentes ao bebê. Importante destacar os altos índices de ausência de orientações do cuidado diário à criança, aleitamento materno e prevenção de acidentes.

O retorno puerperal tardio apresentou-se como o mais adequado no seguimento materno-infantil, mas apesar disso, nota-se também que muitas puérperas não receberam apoio do profissional de saúde após alta da maternidade,

muitas crianças já não estavam mais em aleitamento materno exclusivo e as anotações referentes ao peso, estatura e perímetro cefálico foram escassas no Cartão de Saúde da Criança.

Apesar de todas as políticas públicas em âmbito nacional e regional, ainda há lacunas no serviço público de saúde do município. Sendo assim, torna-se necessário, por parte dos profissionais e gestores de saúde, reelaborar estratégias para adequar a assistência materno-infantil no âmbito da integralidade à saúde.

2.2.6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil: revisão sistemática de literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016.

ANDRADE, R. D. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 181-186, 2015.

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 20 ago.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em em: 15 ago. 2016.

COSTA, F. J. L. S. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. **Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4563-4586, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5034/pdf_1918>. Acesso em: 20 ago. 2016.

DUARTE, E. D. et al. A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulações da gestão, ensino e assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 713-720, 2013.

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da implementação da rede mãe Paranaense em três regionais de saúde do Paraná. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 163-174, 2016a.

FRANK, B. R. B. et al. Construção e validação de instrumento avaliativo de programa público de saúde materno-infantil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-35, 2016b.

FUCKS, I. S. et al. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 33, n. 1, p. 29-37, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a04.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede mãe paranaense: relato de experiência. **Espaço para a Saúde (Online)**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22>. Acesso em: 20 ago. 2016.

LANSKY, S. et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 192-207, 2014. Suplemento.

MELO, M. M.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Orientações recebidas por gestantes adolescentes durante o pré-natal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 1323-1329, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MESQUITA-FILHO, M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2033-2046, 2014.

MONTEIRO E OLIVEIRA, L. F, et al. Vivência de puérperas adolescentes quanto à gravidez e trabalho de parto. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 395-406, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8974/pdf_9509>. Acesso em: 20 ago. 2016.

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, p. 48-55, 2012. Suplemento 7. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/644>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

OLIVEIRA, M. F. S et al. Fatores associados à cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 906-915, 2014.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, M. 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. 30-6, 2015.

SAMPAIO, A. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no nordeste brasileiro com o título de hospital amigo da criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 281-290, 2016.

SILVA, D. I. et al. Vulnerability in the child development: influence of public policies and health programs. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n1/pt_02.pdf>. Acesso em:15 ago. 2016.

SOUZA, M. H. N, et al. Integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 677- 682, 2013.

TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 523-530, 2011.

UCHOA, J. L. et al. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. **Revista Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 10-20, 2016.

VARGAS, G. S, et al. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014. Suplemento.

3 CONCLUSÃO

Entre as mulheres estudadas 60% eram multíparas, a idade no parto foi com mais de 25 anos, ao contrário das primíparas. O inverso ocorreu quanto à escolaridade, ocupação remunerada e classe social CD, pouco mais frequente entre as mulheres com o primeiro filho do que nas com dois ou mais.

A via de parto na maioria foi o vaginal, bem como o nascimento a termo em ambos os grupos de paridade. O cuidado da criança entre as primíparas se mostrou mais fragilizado em alguns aspectos se comparado às multíparas. O aleitamento materno exclusivo predominou no alojamento conjunto e com 42 dias mais da metade havia abandonado esta prática, mais frequente entre as primíparas. E foi este grupo que mais referiu dificuldade para amamentar, tanto no alojamento conjunto como após a alta da maternidade.

Pouco mais da metade das mulheres compareceram na consulta de retorno puerperal, mas a maioria levou seu filho na consulta com o pediatra e enfermeiro na unidade básica de saúde nos primeiros 42 dias pós-parto, um pouco mais frequente entre multíparas que nas primíparas.

Entre as primíparas as dificuldades para cuidar do recém-nascido foram mais comuns se comparadas às multíparas. As dificuldades no cotidiano foram as relacionadas aos problemas com o bebê, como a cólica, conciliar funções domésticas e a execução de cuidados com a criança.

Quanto às práticas maternas para o cuidado do bebê, verificaram-se diferenças entre os grupos de paridade. Entre as multíparas o banho de picão para icterícia, leite materno para conjuntivite e coleito foram mais frequentes. Já entre as primíparas o uso de substâncias não recomendadas no coto umbilical e chá para o alívio da cólica, indicados predominantemente pelos familiares.

No que se refere à adequação da assistência materno-infantil no pré-natal, parto e período puerperal no serviço de saúde público, para a população do presente estudo, evidenciou-se que no município ainda existem lacunas no atendimento durante esse ciclo, com falhas na integralidade da atenção à díade mãe-filho.

No âmbito do pré-natal, menos de 40% da assistência foi considerada inadequada e cerca de 50% na maternidade. No retorno puerperal imediato, momento de extrema importância para captação da puérpera e recém-

nascido, a porcentagem se apresentou muito inferior ao adequado, devido à limitada avaliação do estado geral de ambos na consulta, bem como orientações de cuidado diário com a criança e agendamento de consultas e vacinação para o seguimento no serviço de atenção primária.

Já, no período puerperal tardio, o município atingiu o índice de adequação determinado quanto às consultas à criança, testes neonatais e vacinação em dia, mas ainda puderam-se observar falta de apoio dos profissionais para a puérpera, ausência de registros no Cartão de Saúde da Criança e abandono do aleitamento materno exclusivo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica da vida da mulher poderá mudar a partir da chegada de um filho, sendo o primeiro ou não. Quando se pensa em número de filhos e a sua interferência no cuidado da criança, se reconhece que as primíparas são consideradas mais susceptíveis a realizarem algum cuidado equivocado com o bebê, entretanto, percebeu-se no presente estudo que o novo conceito sempre irá acarretar algum tipo de dificuldade na vida da puérpera, independente da paridade.

Evidenciaram-se semelhanças e diferenças entre primíparas e múltiparas no cuidado prestado ao seu filho, sendo assim, é necessário levar em consideração que cada grupo de mulheres tem sua singularidade, tornando essencial uma assistência que englobe as crenças adquiridas entre as gerações familiares para que se minimize o uso de práticas populares sem evidências científicas, consideradas na literatura prejudiciais ao conceito.

Quanto à integralidade da assistência, as diretrizes ministeriais determinam que os profissionais devam acompanhar a mãe e criança em todo o ciclo gravídico puerperal, com um pré-natal, parto e puerpério que atendam as normativas preconizadas nas redes de atenção à saúde materna-infantil. Entretanto, a adequação não foi alcançada em todos os níveis assistenciais do município em estudo.

A partir dos resultados do presente estudo, pretende-se realizar a divulgação para os profissionais da Secretaria de Saúde Municipal, do âmbito assistencial e gerencial, no intuito de subsidiar na (re)organização dos serviços para que se diminuam as lacunas de cuidado gravídico-puerperal e isso resulte em um atendimento resolutivo e integral, preconizado nas políticas em rede vigentes no município.

Ressalta-se a necessidade de realizar pesquisas com os profissionais que prestam assistência a este grupo populacional para averiguar facilidades e dificuldades para atuar na perspectiva da resolutividade e integralidade da assistência no sistema de saúde municipal, para que em conjunto sejam elaboradas estratégias para melhoria do atendimento.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

“ACOMPANHAMENTO DA REVISÃO PUERPERAL: ACESSO, ADESÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa **“ACOMPANHAMENTO DA REVISÃO PUERPERAL: ACESSO, ADESÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”**, realizada em **Londrina**. O objetivo da pesquisa é saber como foi seu pré-natal; como a senhora foi atendida durante sua internação para o nascimento de seu filho, também para acompanhar a primeira consulta depois do parto no ambulatório da maternidade e ir até sua casa para conversar sobre as dificuldades que você possa ter tido após seu parto e os cuidados que você recebeu dos profissionais do posto de saúde. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: através de informações que vamos copiar de seu prontuário do hospital, de perguntas que vamos fazer agora e no acompanhamento de sua consulta de retorno no ambulatório da maternidade daqui a 10 dias e de uma visita à sua casa depois de 42 dias de sua alta.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e que não existem riscos específicos para sua saúde decorrentes de sua participação.

Os benefícios que esperamos com esta pesquisa são melhorar a qualidade do cuidado prestado para as mulheres após o parto em Londrina e te ajudar oferecendo orientações sobre suas dúvidas e quando possível, no encaminhamento para os serviços pertinentes, se necessário.

Informamos que a senhora não pagará nem será remunerada por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar, Érica Mairene Bocate Teixeira, Av. Robert Koch, 455 fundos, telefone: 30290321 e email: ericamb13@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445) – Campus Universitário, no telefone 33715455 ou por email: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

Londrina, ____ de _____ de 2013.

Érica Mairene Bocate Teixeira

RG: 83274891 – SSP/PR

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

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

Assinatura do responsável (no caso de paciente menor de idade):

Data: _____

APÊNDICE B

Instrumento coleta de dados Roteiro para Entrevista

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Data do Parto: ____/____/____. Data da Entrevista: ____/____/____. Registro Hospital: _____. | | | | | |
| Nome da Puérpera: _____ | | | | | |
| Endereço: _____ Nº.: _____ | | Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____ | | | |
| Endereço 2: _____ Nº.: _____ | | Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____ | | | |
| ID Municipal: _____ | | | | | |
| Entrevistador: _____ | | | | | |
| I. Aspectos Sócio-Demográficos | | | | | |
| 1. Idade: | _____ anos. | | Entrevista | | |
| 2. Situação conjugal: | (1) Com companheiro (2) Sem companheiro | | Entrevista | | |
| 3. Número de filhos: | (1) Um (2) Dois (3) Mais que três | | Entrevista | | |
| 4. Escolaridade: | (1) 1 a 3 (2) 4 a 7 (3) 8 a 11 (4) Mais que 11 anos | | Entrevista | | |
| 5. Condição de Ocupação: atividade | Se | (1) Remunerada (2) Não remunerada Qual? _____ | Entrevista | | |
| 6. Classe social segundo a classificação da ABEP ¹ : (Classificação de classe social segundo posse de bens proposta pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais). | (1) Classe A1 (3) Classe B1 (5) Classe C1 (7) Classe D (2) Classe A2 (4) Classe B2 (6) Classe C2 (8) Classe E | | Entrevista | | |
| | Posse de itens | Quantidade | | Grau de Instrução do Chefe de Família | Cortes do Critério Brasil Classe Pontos |
| | 4 ou + | 0 1 2 3 | | | |
| | Televisão em cores | 0 1 2 | Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto | 0 A1 42 - 46 A2 35 - 41 B1 29 - 34 B2 23 - 28 C1 18 - 22 C2 14 - 17 D 8 - 13 E 0 - 7 | |
| | 3 4 | | | | |
| | Rádio | 0 1 | Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto | | |
| | 2 3 4 | | | | |
| | Banheiro | 0 4 | | | |
| | 5 6 7 | | Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto | | |
| | Automóvel | 0 4 | | | |
| | 7 9 9 | | | | |
| | Empregada mensalista | 0 3 4 4 | Médio Completo/ Superior Incompleto | | |
| | 4 | | | | |
| | Máquina de lavar | 0 2 2 | Superior completo | | |
| | 2 2 | | | | |
| | Videocassete e/ou DVD | 0 2 2 | | | |
| | 2 2 | | | | |
| | Geladeira | 0 4 | | | |
| | 4 4 4 | | | | |
| | Freezer | 0 2 | | | |
| | 2 2 2 | | | | |
| | (aparelho independente ou parte da geladeira duplex | | | | |
| 7. Local do parto: | (1) Maternidade Municipal (2) Outro Onde? _____ | | Entrevista | | |
| II. Dados Obstétricos* | | | | | |
| 8. Nº de gestações: | _____ | | Cartão de pré-natal | | |
| 9. Nº de partos anteriores: | _____ | | Cartão de pré-natal | | |

| 10. Nº de cesarianas prévias: | _____. | Cartão de pré-natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|--------------|-------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|------------------|----------------|---------------|------------------|-------------|---------------------|------------------|------------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------------|----------------|---------------------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|---------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------------|------------|-----------------|-------------|---------------|-----------------|------------------|---------------|------------------|-------------|----------|--------------|-----|------------------------------------|-----|-------------|-------------|--|
| III. Assistência Pré-Natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Procedência (UBS em que realizou o pré-natal): | <table border="0"> <tr> <td>(1) Alvorada</td> <td>(22) Marabá</td> </tr> <tr> <td>(2) Aquiles</td> <td>(23) M^a. Cecília</td> </tr> <tr> <td>(3) Arm. Guazzi</td> <td>(24) M. Gavetti</td> </tr> <tr> <td>(4) Bandeirantes</td> <td>(25) M. Thomas</td> </tr> <tr> <td>(5) Cabo Frio</td> <td>(26) Novo Amparo</td> </tr> <tr> <td>(6) Cafezal</td> <td>(27) Jamile Dequech</td> </tr> <tr> <td>(7) Carnascialli</td> <td>(28) Ouro Branco</td> </tr> <tr> <td>(8) Casoni</td> <td>(29) Panissa</td> </tr> <tr> <td>(9) Centro</td> <td>(30) Parigot</td> </tr> <tr> <td>(10) Chefe Newton</td> <td>(31) Pindorama</td> </tr> <tr> <td>(11) CSU (Vl. Portuguesa)</td> <td>(32) Piza</td> </tr> <tr> <td>(12) Eldorado</td> <td>(33) San Izidro</td> </tr> <tr> <td>(13) Ermani</td> <td>(34) Santiago</td> </tr> <tr> <td>(14) Fraternidade</td> <td>(35) Tóquio</td> </tr> <tr> <td>(15) Guanabara</td> <td>(36) União da Vitória</td> </tr> <tr> <td>(16) Ideal</td> <td>(37) Vl. Brasil</td> </tr> <tr> <td>(17) Itapoã</td> <td>(38) Vl. Nova</td> </tr> <tr> <td>(18) Jd. Do Sol</td> <td>(39) Vl. Ricardo</td> </tr> <tr> <td>(19) João Paz</td> <td>(40) Vivi Xavier</td> </tr> <tr> <td>(20) Leonor</td> <td>(41) AHC</td> </tr> <tr> <td>(21) Lindóia</td> <td></td> </tr> </table> | (1) Alvorada | (22) Marabá | (2) Aquiles | (23) M ^a . Cecília | (3) Arm. Guazzi | (24) M. Gavetti | (4) Bandeirantes | (25) M. Thomas | (5) Cabo Frio | (26) Novo Amparo | (6) Cafezal | (27) Jamile Dequech | (7) Carnascialli | (28) Ouro Branco | (8) Casoni | (29) Panissa | (9) Centro | (30) Parigot | (10) Chefe Newton | (31) Pindorama | (11) CSU (Vl. Portuguesa) | (32) Piza | (12) Eldorado | (33) San Izidro | (13) Ermani | (34) Santiago | (14) Fraternidade | (35) Tóquio | (15) Guanabara | (36) União da Vitória | (16) Ideal | (37) Vl. Brasil | (17) Itapoã | (38) Vl. Nova | (18) Jd. Do Sol | (39) Vl. Ricardo | (19) João Paz | (40) Vivi Xavier | (20) Leonor | (41) AHC | (21) Lindóia | | Cartão de pré-natal/ Entrevista | | | | |
| (1) Alvorada | (22) Marabá | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) Aquiles | (23) M ^a . Cecília | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3) Arm. Guazzi | (24) M. Gavetti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (4) Bandeirantes | (25) M. Thomas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (5) Cabo Frio | (26) Novo Amparo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (6) Cafezal | (27) Jamile Dequech | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (7) Carnascialli | (28) Ouro Branco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (8) Casoni | (29) Panissa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (9) Centro | (30) Parigot | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (10) Chefe Newton | (31) Pindorama | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (11) CSU (Vl. Portuguesa) | (32) Piza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (12) Eldorado | (33) San Izidro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (13) Ermani | (34) Santiago | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (14) Fraternidade | (35) Tóquio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (15) Guanabara | (36) União da Vitória | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (16) Ideal | (37) Vl. Brasil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (17) Itapoã | (38) Vl. Nova | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (18) Jd. Do Sol | (39) Vl. Ricardo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (19) João Paz | (40) Vivi Xavier | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (20) Leonor | (41) AHC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (21) Lindóia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. A gravidez foi planejada/desejada? | (1) O casal queria (2) Só a mulher queria (3) Só o homem queria (4) O casal não queria | Entrevista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Estava usando algum método contraceptivo quando engravidou? | (1) Estava usando, mas falhou/esqueceu de usar (2) Não estava usando porque queria engravidar (3) Não estava usando por outro motivo Qual? _____. | Entrevista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Data da última menstruação (DUM): (Se desconhecida 99/99/99) | _____ / _____ / _____. | Cartão de pré-natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Ultrassonografia Obstétrica: (1º USG) | Data: _____ / _____ / _____. | Cartão de pré-natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Idade gestacional: | _____ semanas. | Cartão de pré-natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Adequação do processo de atendimento do pré-natal: | (1) Adequado (2) Intermediário (3) Inadequado | Cartão de pré-natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ADEQUADO (preenche TODOS os critérios): Início do PN anterior a 14 semanas; 6 ou mais consultas; IG, AU, PA e peso materno: 5 ou mais registros; BCF: 4 ou mais registros; apresentação fetal: 2 ou mais registros. Exames laboratoriais básicos (ABO-Rh e Hb/Htc: 1 registro; glicemia, VDRL e urina I: 2 registros).</p> <p>INADEQUADO (ocorrência de, pelo menos, UMA das condições): Início do PN após 27 semanas; 2 ou menos consultas; IG, AU, PA, peso materno, BCFs: 2 ou menos registros ou nenhum registro de apresentação fetal. Nenhuma anotação de exame laboratorial.</p> <p>INTERMEDIÁRIO: é definido pelas demais associações.</p> | <p>Início do PN: () < 14ª sem. () 14ª - 27ª sem. () > 27ª sem.</p> <p>Nº de consultas: () 6 ou mais () 3 a 5 () 0 a 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>AU</th> <th>PA</th> <th>peso materno</th> <th>BCF</th> <th>Apresentação fetal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> </tr> <tr> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> </tr> <tr> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> </tr> <tr> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> </tr> <tr> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> <td>() ()</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>em ABO</th> <th>Htc</th> <th>emia</th> <th>VDRL</th> <th>Urina I</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>() () ()</td> <td>() () ()</td> </tr> </tbody> </table> | | AU | PA | peso materno | BCF | Apresentação fetal | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | () () | em ABO | Htc | emia | VDRL | Urina I | () | () | () | () () () | () () () | |
| | AU | PA | peso materno | BCF | Apresentação fetal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () () | () () | () () | () () | () () | () () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () () | () () | () () | () () | () () | () () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () () | () () | () () | () () | () () | () () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () () | () () | () () | () () | () () | () () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () () | () () | () () | () () | () () | () () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| em ABO | Htc | emia | VDRL | Urina I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () | () | () | () () () | () () () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Preenchimento do gráfico de controle de peso: | (1) Sim (2) Não | Cartão de pré-natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Preenchimento de avaliação de edema: | (1) Sim (2) Não | Cartão de pré-natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>Procedimentos durante a</u> | <u>consulta relatados pela mulher (questões 20 -23):</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Pressão arterial: | (1) Sim (2) Não | Entrevista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Altura Uterina: | (1) Sim (2) Não | Entrevista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|--|---------------------|
| 22. BCF: | (1) Sim (2) Não | Entrevista |
| 23. Exame das mamas: | (1) Sim (2) Não | Entrevista |
| 24. Vacinação anti-tetânica: | (1) Sim (2) Não | Cartão de pré-natal |
| 25. Vacinação hepatite B: | (1) Esquema correto (2) esquema incorreto | Cartão de pré-natal |
| 26. Problemas detectados durante o pré-natal relatados pela mulher: | (1) Sim (2) Não Qual? _____ | Entrevista |
| 27. Problemas detectados durante o pré-natal anotados em cartão de pré-natal pelo profissional de saúde: | (1) Sim (2) Não Qual? _____ | Cartão de pré-natal |
| 28. Patologia prévia à gestação anotada em cartão de pré-natal pelo profissional de saúde: | (1) Sim (2) Não Qual? _____ | Cartão de pré-natal |
| 29. Qual o intervalo entre a última consulta do pré-natal e parto? | (1) 0-15 dias (3) 31-45 dias (2) 16-30 dias (4) 46-60 dias | Cartão de pré-natal |
| 30. Foi informado que hospital procurar em caso de emergência? | (1) Sim (2) Não Qual? _____ | Entrevista |
| 31. Visitou a maternidade na rotina do pré-natal? | (1) Sim (2) Não | Entrevista |
| IV. Condições da Internação* | | |
| 32. Dilatação cervical: | _____ cm. | Prontuário |
| 33. Dinâmica uterina: | (1) Presente (2) Ausente (9) S/ registro | Prontuário |
| 34. Estado das membranas: | (1) Íntegra (2) Rota (9) S/ registro | Prontuário |
| 35. Características do líquido amniótico: | (1) Claro (2) Meconial (3) Hemático (9) S/ registro | Prontuário |
| V. Condições Maternas no Parto e no Puerpério | | |
| 36. Indução do parto: | (1) Sim (2) Não | Prontuário |
| 37. Fisiometria | (1) Sim (2) Não | Prontuário |
| 38. Qual era sua opção de parto? | (1) Parto normal (2) Cesárea | Entrevista |
| 39. Tipo de parto: | (1) Parto normal espontâneo (2) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator) (3) Cesárea | Prontuário |
| 40. Conhecimento da mulher sobre o motivo do parto instrumental ou cesariana: (Motivo relatado pela mulher para a realização do parto cesariana ou fórceps). | _____ | Entrevista |
| 41. Quem realizou o parto? | (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Residente (4) Outro | Prontuário |
| 42. Condições do períneo: | (1) Períneo íntegro (2) Laceração de 1º grau (3) Laceração de 3º grau (4) Laceração de 4º grau (5) Episiotomia (6) Laceração de 2º grau | Prontuário |
| 43. Indicação de cesárea: (Indicação do tipo de parto anotado pelo obstetra) | (1) Sim (2) Não Por quê? _____ | Prontuário |
| 44. Eliminação de fezes no parto: | (1) Sim (2) Não | Prontuário |
| 45. Intercorrências intra-parto: (Intercorrências durante o trabalho de parto e anotadas no prontuário pela equipe de atendimento). | (1) Sim (2) Não Qual? _____ | Prontuário |
| 46. Intercorrências no quarto período: (Intercorrências durante o quarto período do parto anotadas no prontuário pela equipe de atendimento). | (1) Sim (2) Não Qual? _____ | Prontuário |
| 47. Controles do puerpério imediato: (Intercorrências anotadas no prontuário pela equipe de atendimento). | (1) Sim (2) Não Qual? _____ | Prontuário |
| 48. Sucção na sala de parto: | (1) Na primeira ½ hora pós-parto (2) 30 min. a 1 hora (3) 1 a 2 horas | Entrevista |
| 49. Teve ajuda e orientação para o Aleitamento Materno (AM) na sala de parto: | (1) Sim (2) Não | Entrevista |
| 50. Tempo para encaminhamento ao AC: | (1) Até ½ hora (3) mais de 60 min. | Prontuário |

| | | | |
|---|--|---|---------------------------|
| | (2) 30 a 60 min | | |
| 51. Transferência da mulher para instituição de assistência mais complexa: (Motivo da transferência da mulher para instituição de assistência mais complexa, anotada no prontuário pelo médico que prestou assistência). | (1) Sim (2) Não Por _____ _____ | qué? | Prontuário |
| 52. Tipo de transporte: | (1) Particular (2) Ambulância (3) Não foi transferida | | Prontuário |
| 53. Internação em unidade de terapia intensiva: | (1) Sim (2) Não | | Prontuário |
| 54. Óbito materno: | (1) Sim (2) Não Causa: _____. | | Prontuário |
| VI. Práticas Obstétricas * | | | |
| 55. Tipo de rotura de membrana: | (1) Artificial (2) Rotura espontânea (3) Bolsa rota na internação (9) S/ registro | Relato (1) (2) (3) (4) | Entrevista/Prontuário |
| 56. Uso de ocitocina: | (1) Sim (2) Não | (1) (2) | Entrevista/Prontuário |
| 57. Avaliação de dinâmica uterina: | (1) Sim (2) Não | (1) (2) | Entrevista/Prontuário |
| 58. Ausculta de batimento cardíaco fetal (BCF) | (1) Sim (2) Não | (1) (2) | Entrevista/Prontuário |
| 59. Banho de relaxamento: | (1) Sim (2) Não | (1) (2) | Entrevista/Prontuário |
| 60. Uso de bola ou assento ativo: | (1) Sim (2) Não | (1) (2) | Entrevista/Prontuário |
| 61. Acompanhante: | (1) Sim (2) Não | (1) (2) | Entrevista/ Prontuário |
| 62. Local do parto: | (1) Quarto (2) Sala de parto (3) Outro | (1) (2) (3) | Entrevista/Prontuário |
| 63. Posição de parto: | (1) Litotômica (2) Dorsal não litotômica (3) Vertical (4) Lateral | (1) (2) (3) (4) | Entrevista/Prontuário |
| VII. Condições Perinatais no Parto | | | |
| 64. Eliminação de mecônio intra-parto: | (1) Sim (2) Não | | Prontuário |
| 65. Contato precoce mãe-bebê no nascimento: | (1) Sim (2) Não | | Entrevista |
| 66. Óbito fetal intraparto: | (1) Sim (2) Não | | Prontuário |
| VIII. Condições do Recém-Nascido no Momento do Nascimento | | | |
| 67. Boletim de Apgar - 1º minuto: (Valor 1 a 10) | _____. | | Prontuário |
| 68. Boletim de Apgar - 5º minuto: (Valor 1 a 10) | _____. | | Prontuário |
| 69. Peso do RN | _____ gr. | | Prontuário |
| 70. Idade gestacional: | _____ semanas. | | Prontuário |
| 71. Adequação do peso segundo a idade gestacional: | (1) AIG (2) PIG (3) GIG (99) S/ registro | | Prontuário |
| 72. Recém-nascido em condição de alta hospitalar: | (1) Sim (2) Não Por quê? _____ _____. | | Prontuário |
| 73. Encaminhamento para unidade de internação neonatal: | (1) Sim (2) Não | | Prontuário |
| 74. Motivo do encaminhamento para unidade de internação neonatal: | _____ (88) Não foi encaminhado | | Prontuário |
| IX. Puerpério Imediato no Alojamento Conjunto | | | |
| 75. Amamentação em livre demanda durante a internação: | (1) Sim (2) Não | | Entrevista |
| 76. Aspecto das mamas: | (1) Flácidas (2) Túrgidas (3) Ingurgitadas | | Prontuário |

| | | |
|--|--|------------|
| 77. Fissura nos mamilos: | (1) Sim (2) Não | Prontuário |
| 78. Houve a necessidade de ordenha: | (1) Sim (2) Não | Prontuário |
| 79. Aspecto da incisão cirúrgica/ episiorrafia/ perineo: | (1) Bom aspecto (5) Edema (2) Equimose (6) Secreção (3) Hematoma (7) Deiscência (4) Hiperemia | Prontuário |
| 80. Involução uterina: | (1) Tônico (2) Volumoso (3) Atônico Se atônico, qual conduta? _____ | Prontuário |
| 81. Aspecto dos lóquios: | (1) Hemático (2) Serohemático | Prontuário |
| 82. Volume dos lóquios: | (1) Pequeno (2) Médio (3) Grande | Prontuário |
| 83. Lóquios - presença de odor: | (1) Sim (2) Não Se sim, qual conduta? _____ | Prontuário |
| 84. Foi orientada retorno à UBS (contra-referência) no momento da alta hospitalar? | (1) Sim (2) Não | Entrevista |
| X. Retorno ao Ambulatório de Puerpério Imediato | | |
| 85. A puérpera retornou para a revisão precoce? | (1) Sim (2) Não Se não, qual conduta tomada? _____ | Observação |
| 86. Quem realizou a consulta? | (1) Médico (2) Enfermeira (3) Residente (4) Outro | Observação |
| 87. Alimentação atual do bebê: | (1) Aleitamento materno exclusivo (2) Misto | Observação |
| 88. O profissional observou e avaliou a mamada: | (1) Sim (2) Não | Observação |
| 89. Dificuldades na amamentação: | (1) Sim (2) Não | Observação |
| 90. Possui risco de desmame precoce: | (1) Sim (2) Não Qual? _____ | Observação |
| 91. Os sinais vitais foram verificados: | (1) Sim (2) Não | Observação |
| 92. Alteração dos sinais vitais: | (1) Sim (2) Não Se sim, qual? | Observação |
| 93. Sono e repouso: | (1) Tranquilo (2) Perturbado (3) Interrompido | Observação |
| 94. Condições emocionais: | (1) Calma (3) Nervosa (2) Ansiosa (4) Depressiva | Observação |
| 95. Condições de higiene: | (1) Boa (2) Regular (3) Ruim | Observação |
| 96. Aspecto das mamas: | (1) Flácidas (4) Nódulos de retenção (2) Túrgidas (5) Mastite (3) Ingurgitadas Se alterações, conduta? _____ | Observação |
| 97. Mamilos: | (1) Fissurados (2) Íntegros | Observação |
| 98. Abdômen: | (1) Normotenso (2) Globoso (3) Doloroso | Observação |
| 99. Aspecto da incisão cirúrgica/ episiorrafia/ perineo: | (1) Bom aspecto (4) Entumecido (2) Hiperemia (5) Deiscência (3) Secreção | Observação |
| 100. Lóquios – quantidade: | (1) Pequena (2) Média (3) Grande | Observação |
| 101. Lóquios – coloração: | (1) Hemático (2) Serohemático (3) Seroso | Observação |
| 102. Lóquios – odor: | (1) Característico (2) Fétido | Observação |
| 103. Orientou cuidados com o RN: | (1) Chupeta (2) Cólica (3) Flatulência (4) Teste do pezinho, orelhinha, coraçozinho e olhinho Outras, quais? _____ | Observação |
| 104. Orientações: | (1) Banho de sol (2) Puericultura e vacina (3) Prevenção de acidentes (4) Aleitamento materno (5) Planejamento familiar (6) Se complicações no puerpério retornar na MMLB dentro de 30 dias pós-parto | Observação |

| | | |
|-------------------------------------|---|------------|
| | Outras, quais? _____ | |
| 105. Realizada a contra-referência: | (1) Cuidados RN (2) Cuidados Mulher (3) Cuidados Mulher/RN (4) Não realizada | Observação |
| 106. Hábitos urinários: | (1) Normal (2) Disúria (3) Não observado Se disúria, conduta? _____ | Observação |
| 107. Hábitos intestinais: | (1) Normal (2) Obstipação (3) Não observado Se obstipação, conduta? | Observação |

Roteiro para visita domiciliar (VD).

| | |
|--|---|
| Número do instrumento/ Mulher: _____. | |
| Nome: _____ | |
| Endereço: _____ Nº.: _____ Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____ | |
| Endereço 2: _____ Nº.: _____ Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____ | |
| <p>1º Contato telefônico: <i>(identificar se a mãe e criança estão bem; conferir endereço; anotar com quem obteve informação, data e AGENDAR VD)</i></p> <p>Entrevistador:.....</p> | <p>REGISTRO DO CONTATO: Data:.....</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>2º Contato telefônico: <i>(identificar se a mãe e criança estão bem; conferir endereço; anotar com quem obteve informação, data e AGENDAR VD)</i></p> <p>Entrevistador:.....</p> | <p>REGISTRO DO CONTATO: Data:.....</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>3º Contato telefônico: <i>(identificar se a mãe e criança estão bem; conferir endereço; anotar com quem obteve informação, data e AGENDAR VD)</i></p> <p>SE NÃO HOUVER SUCESSO NAS 3 TENTATIVAS, NÃO SERÃO FEITOS NOVOS CONTATOS. Avisar a pesquisadora para recolhimento do instrumento.</p> <p>Entrevistador:.....</p> | <p>REGISTRO DO CONTATO: Data:.....</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

| XI. 1ª Visita Domiciliar | | |
|---|--|------------|
| 108. Número de moradores (todas as pessoas que moram no domicílio) | Número: _____. | Entrevista |
| 109. Renda da família (incluir a soma de todas as fontes de renda de todos moradores) | R\$ _____. Obs: _____ | Entrevista |
| 110. (a) Sexo desejado do RN: (b) Recebeu orientação para o parto no pré-natal? (c) Em que momento? | a) (1) Sim (2) Não b) (1) Sim (2) Não Qual (is) _____ c) (1) 1º Tri (2) 2º Tri (3) 3º Tri (4) Não Sabe | Entrevista |
| 111. Significado da amamentação: | _____ | Entrevista |
| 112. Desejo de amamentar: | (1) Sim (2) Não | Entrevista |
| 113. Mamilos protráteis: | (1) Sim (2) Não | Entrevista |
| 114. Aumento de volume das mamas durante a gestação: | (1) Sim (2) Não | Entrevista |
| 115. Experiência pessoal de AM: | (1) Positiva (2) Negativa | Entrevista |

| | | | | |
|--|---|--|----------------|------------|
| 116. Recebeu orientação de AM no pré-natal: | (1) Sim Quem?..... | (2) Não | Entrevista | |
| 117. Orientação sobre local de referência para problema com AM no momento da alta: | (1) Sim Quem?..... | (2) Não | Entrevista | |
| 118. Possui conhecimento sobre a ordenha e conservação do LH: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 119. Possui conhecimento sobre as vantagens do AM: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 120. Problemas com as mamas durante a internação hospitalar: | (1) Fissuras (2) Ingurgitamento (3) Outros..... (4) Não teve problemas | | Entrevista | |
| 121. Problemas com as mamas após a alta da maternidade: | (1) Fissuras (2) Ingurgitamento (3) Mastite | (4) Outros..... (5) Não teve problemas | Entrevista | |
| 122. Período em que iniciaram os problemas com as mamas após a alta hospitalar: | (1) Na primeira semana pós-parto (2) Após a primeira semana pós-parto (3) Não teve problemas | | Entrevista | |
| 123. Problemas com a criança que dificultaram o AM durante a internação: | (1) Pega incorreta (2) Dificuldade no ganho peso (3) Doenças (4) Outros..... (5) Não teve problemas | | Entrevista | |
| 124. Problemas com a criança que dificultaram o AM após a alta hospitalar: | (1) Pega incorreta (2) Dificuldade no ganho peso (3) Doenças (4) Outros..... (5) Não teve problemas | | Entrevista | |
| 125. Total de dias que o RN permaneceu em unidade de internação neonatal: | (1).....dias | (2) Não internou | Entrevista | |
| 126. Morte do RN: | (1) Até sexto dia (2) Sétimo até 27º dia | (3) Após o 28º dia (4) Não se aplica | Entrevista | |
| 127. Complicações do parto: | (1) Sim Quais?..... | (2) Não | Entrevista | |
| 128. Internação após alta hospitalar devido a complicações do parto: | (1) Sim Por quê?..... | (2) Não (3) Não se aplica | Entrevista | |
| 129. Teve orientações sobre sinais e sintomas de infecção puerperal? | (1) Sim Quais?..... | (2) Não | Entrevista | |
| 130. Teve orientações sobre sinais e sintomas de hemorragia? | (1) Sim Quais?..... | (2) Não | Entrevista | |
| 84. Foi orientada retorno à UBS (contra-referência) no momento da alta hospitalar? | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 131. Teve apoio de familiar após a alta hospitalar? | (1) Sim - Quem?..... (2) Não - Por que e como se sentiu?..... | | Entrevista | |
| 132. Teve apoio de profissional de saúde após a alta hospitalar, com exceção do ambulatório da MMLB? | (1) Sim - Quem?..... (2) Não - Por que e como se sentiu?..... | | Entrevista | |
| 133. Recebeu visita domiciliar (VD) de um profissional da UBS até o 7º dia após o parto: | (1) Sim. Quem? (1) Médico (6) Pastoral da Saúde (3) Agente comunitário (4) Residente Enfermagem | (5) Téc. de Enfermagem (7) Outro..... | (2) Enfermeiro | Entrevista |
| 134. Avaliaram as mamas: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 135. Avaliaram o útero: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 136. Avaliaram a incisão cirúrgica/ episiorrafia/ períneo: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 137. Observaram os lóquios: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 138. Observaram a mamada: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 139. Pesaram o RN: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 140. Realizaram exame físico no RN: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 141. Agendaram a puericultura e vacina: | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 142. Agendaram a revisão puerperal tardia na UBS: | (1) Sim (2) Não, Por quê?..... | | Entrevista | |
| 143. Qual profissional realizou o atendimento na revisão puerperal tardia? | (1) Médico G.O. (2) Enfermeiro (3) Residente enfermagem (4) Téc. de enfermagem | (5) Agente comunitário (6) Outro..... (7) Não realizou | Entrevista | |
| 144. Agendado coleta de Citologia Oncótica (CO)? | (1) Sim | (2) Não | | |
| 145. Agendado Ultrassom das mamas? | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |
| 146. Está grávida novamente? | (1) Sim | (2) Não (3) Não se aplica | Entrevista | |
| 147. Foi inscrita no programa de planejamento familiar? | (1) Sim | (2) Não (3) Não Sabe | Entrevista | |
| 148. Em uso de método contraceptivo? | (1) Sim | (2) Não | Entrevista | |

| | | |
|---|---|------------|
| | Qual? _____. | |
| 149. Onde foi ofertado o método contraceptivo? | (1) Maternidade Municipal (MMLB) (2) UBS (3) Outro _____. | Entrevista |
| 150. Morbidade materna (doenças não associadas ao ciclo gravídico puerperal) | (1) Sim _____ (2) Não _____ | Entrevista |
| 151. Óbito Materno Tardio: | Causa: _____ (1) Não se aplica | Entrevista |
| 152. Quão satisfeita você ficou com o atendimento da MMLB após o parto? | (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (6) Não sei Por quê? (se resposta 3, 4, 5 ou 6) _____ | Entrevista |
| 153. Quão satisfeita você ficou com o atendimento da UBS na revisão puerperal precoce e tardia pós-parto? | (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (6) Não sei Por quê? (se resposta 3, 4, 5 ou 6) _____ | Entrevista |
| 154. Procurou a MMLB dentro de 30 dias após o parto? | (1) Sim _____ (2) Não _____ Por quê? _____ | Entrevista |
| 155. Compareceu a consulta no Ambulatório de Puerpério Imediato da MMLB? | (1) Sim _____ (2) Não _____ Por quê? _____ | Entrevista |
| 156. Por que procurou a UBS após o parto? | (1) Planejamento familiar (2) Dentista (3) Ginecologista (4) Pediatra (5) Puericultura com Enfermeiro (6) Hipertensão arterial (7) Diabetes gestacional Outros quais? _____ | Entrevista |
| Obsevações: | | |

| XII. 1ª Visita Domiciliar – Saúde da Criança | | |
|---|---|------------|
| 157. Quando iniciou atividade sexual com seu parceiro após o parto. | (1) Início: _____. (2) Não iniciou Por quê? _____. | Entrevista |
| 158. A relação sexual com seu parceiro é prazerosa após parto? (identificar possíveis relatos de violência doméstica) | (1) Sim (2) Não Por quê? _____ | Entrevista |
| 159. Conte como foi este mês para se adaptar e cuidar de você, do bebê, da casa, do marido, das avós, etc.: | _____ _____ | Entrevista |
| 160. Conte as facilidades para cuidar do bebê: | _____ _____ | Entrevista |
| 161. Conte as dificuldades para cuidar do bebê: | _____ _____ | Entrevista |
| 162. Você consegue realizar o banho ou higiene do bebê: (identificar se precisou de ajuda por medo de dar o banho, se usou chás ou outros líquidos na água, rituais , horários) | (1) Sim (2) Não - Por quê? _____. (3) Usou para banho _____. | Entrevista |
| 163. Após banho costuma oferecer "chuquinha" de chá camomila ou erva-doce para acalmar ou relaxar o bebê: (identificar com quem aprendeu e rituais de cuidado) | (1) Sim Qual chá? _____. Com que frequência? _____. Por que e quem indicou? _____. Você coloca açúcar no chá? (1) Sim (2) Não (2) Não | Entrevista |

| | | |
|---|---|------------|
| <p>164. Após banho ou na troca de fralda usa pomada para prevenir assadura ou dermatite: <i>(identificar se a mãe usa pomada sem ter lesão de pele, etc.)</i></p> | <p>(1) Sim Qual pomada? _____ Com que frequência? _____ Por que e quem indicou? _____</p> <p>(2) Não</p> | Entrevista |
| <p>165. Coto umbilical ou umbigo do bebe você executou o curativo: <i>(identificar se precisou de ajuda por medo de manipular coto umbilical, usou faixa, moeda, fumo, etc.)</i></p> | <p>(1) Sim (2) Não - Por quê? _____ (3) Usou para curativo _____</p> <p>Por que e quem indicou? _____</p> | Entrevista |
| <p>166. Fontanela ou moleira você executou a higiene: <i>(identificar se precisou de ajuda por medo de manipular fontanela)</i></p> | <p>(1) Sim (2) Não - Por quê? _____ (3) Usou para higiene _____</p> <p>Por que e quem indicou? _____</p> | Entrevista |
| <p>167. Secreção nos olhos do bebe você executou a higiene ou precisou de ajuda: <i>(identificar se uso de leite materno para conjuntivite química)</i></p> | <p>(1) Sim Como tratou? _____ Por que e quem indicou? _____</p> <p>(2) Não</p> | Entrevista |
| <p>168. O bebe ficou amarelinho (ictérico): <i>(identificar se uso de chá de picão, banho de picão ou outro para icterícia)</i></p> | <p>(1) Sim Como tratou? _____ Por que e quem indicou? _____</p> <p>(2) Não</p> | Entrevista |
| <p>169. O sono do bebe é tranquilo: <i>(identificar se o bebe troca o dia pela noite; se durante o dia a mãe coloca o bebe para dormir no escuro ou longe de barulho, etc.)</i></p> | <p>(1) Sim (2) Não - Por quê? _____ Quem orientou? _____</p> | Entrevista |
| <p>170. Local que o bebe dorme: <i>(identificar se o bebe dorme com os pais, pois aumenta risco de morte por esmagamento, sufocação, etc.)</i></p> | <p>(1) Próprio berço (2) Na cama com a mãe (3) Na cama com pai e mãe Por quê? _____</p> | |
| <p>171. A chupeta acalma o bebe: <i>(identificar se o bebe usa frequentemente ou não a chupeta)</i></p> | <p>(1) Sim Qual tipo? _____ Com que frequência? _____ Por que e quem indicou? _____</p> <p>(2) Não</p> | Entrevista |
| <p>172. Oferece medicamento para acalmar o bebe: <i>(identificar se a mãe oferece medicação para a criança com indicação médica ou não ex. paracetamol, dipirona, ibuprofeno ou outro)</i></p> | <p>(1) Sim Qual? _____ Com que frequência? _____ Por que e quem indicou? _____</p> <p>(2) Não</p> | Entrevista |
| <p>173. Cólica intestinal no bebe: <i>(identificar frequência da cólica, horários de pico (manhã ou final de tarde/noite), estratégias da mãe para alívio da cólica a partir de qual orientação; uso de medicação com indicação médica ou não ex. paracetamol, dipirona, ibuprofeno, dimeticona ou outro)</i></p> | <p>(1) Sim Com que frequência? _____ Uso de chá?(qual e frequência) _____ Coloca açúcar no chá? (1) Sim (2) Não Por que e quem indicou? _____ Uso de massagens? (qual e frequência) _____</p> <p>Por que e quem indicou? _____</p> <p>Uso de medicação (dimeticona, paracetamol ou outro) e qual frequência? _____ Por que e quem indicou? _____</p> <p>(2) Não</p> | Entrevista |
| <p>174. Tipo de alimentação do bebe:</p> | <p>(1) Leite materno exclusivo (AME) (2) Leite materno e chá e água (AMP) (3) Leite materno e outro leite animal (AMM) (4) Leite animal (AA) (5) Se resposta 2, 3 e 4, perguntar se coloca açúcar no chá ou leite: (1) Sim (2) Não Por que e quem indicou? _____</p> | Entrevista |
| <p>175. Facilidades para alimentar/amamentar o bebe:</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> | Entrevista |
| <p>176. Dificuldades para alimentar/amamentar o bebe:</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> | Entrevista |
| <p>177. Obstrução nasal do bebe: <i>(identificar se há uso indiscriminado de soro fisiológico, berotec, atrovent ou outra medicação para desobstrução nasal)</i></p> | <p>(1) Sim Qual frequência? _____ Como trata _____</p> <p>Por que e quem indicou? _____</p> <p>(2) Não</p> | Entrevista |
| <p>178. Doenças, acidentes ou complicações do bebe após a alta da maternidade:</p> | <p>(1) Sim Qual (ais)? _____ Como tratou _____</p> <p>Por que e quem indicou? _____</p> <p>_____</p> <p>(2) Não</p> | Entrevista |

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 179. Pesou na alta da maternidade: | (1) Sim – Qual? _____ gramas. (2) Não - Por quê? _____ | Entrevista + Cartão da Criança |
| 180. Testes de Triagem Neonatal: | (1) Teste do pezinho (2) Teste da orelhinha (3) Teste do olhinho (4) Teste do coraçãozinho (5) Outro qual? _____ (6) Incompleto (7) Não fez - Por quê? _____ | Entrevista + Cartão da Criança |
| 181. Vacinação: | (1) Completa (BCG e Anti-Hepatite B) (2) Incompleta - Por quê? _____ | Entrevista |
| 182. Licença à Maternidade (LM): | (1) Tempo: _____ meses. Por quê? _____ Ao término da LM, quem cuidará do bebe? _____ | Entrevista |
| 183. Dados da 1ª consulta na UBS no Cartão da Criança: | (1) Idade da 1ª consulta: _____ dias. (2) Peso: _____ gramas. (3) Estatura: _____ cm. (4) Perímetro cefálico: _____ cm. (5) Agendamento das próximas vacinas: (1) Sim (2) Não | Entrevista + Cartão da Criança |
| 184. Qual profissional realizou a 1ª consulta do bebe na UBS? | (1) Médico Pediatra (4) Téc. de enfermagem (2) Enfermeiro (5) Agente comunitário (3) Residente Enfermagem (6) Outro _____ | Entrevista |
| 185. Você considera que a 1ª consulta do bebe ou atendimento pelo profissional, bem como, as orientações sobre cuidados foram relevantes? | (1) Sim (2) Não Por quê? _____ | Entrevista |
| 186. Após a 1ª consulta do bebe foi agendado a próxima com o médico pediatra da UBS? | (1) Sim (2) Não Por quê? _____ | |
| 187. Você comparece em todas as consultas de puericultura agendadas para seu filho na UBS: | (1) Sim (2) Não Por quê? _____ | Entrevista |
| 188. Quão satisfeita você ficou com o atendimento do bebe na consulta de puericultura? | (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (6) Não sei Por quê? (se resposta 3, 4, 5 ou 6) _____ | Entrevista |
| 189. Você comparece em todas as consultas médicas agendadas para seu filho na UBS? | (1) Sim (2) Não Por quê? _____ | Entrevista |
| 190. Quão satisfeita você ficou com o atendimento do bebe na consulta médica na UBS? | (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (6) Não sei Por quê? (se resposta 3, 4, 5 ou 6) _____ | Entrevista |
| 191. Você comparece em todas as consultas odontológicas agendadas para seu filho na UBS: | (1) Sim (2) Não Por quê? _____ | Entrevista |
| 192. Quão satisfeita você ficou com o atendimento do bebe na consulta odontológica na UBS? | (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (6) Não sei Por quê? (se resposta 3, 4, 5 ou 6) _____ | Entrevista |
| 193. Em ordem de prioridade qual(is) o(s) principal(is) serviço(s) oferecido(s) para seu filho na UBS: | _____ vacina _____ consulta médica pediatria _____ consulta enfermagem puericultura UBS _____ consulta enfermagem puericultura casa _____ consulta com dentista Outro? _____ Por que essa ordem? _____ | Entrevista |
| 194. Número de consultas ou atendimentos ao bebe na UBS até o momento (1º mês de vida) | (1) Uma (enfermeiro) (2) Uma (pediatra) (3) Duas (1 enfermeiro + 1 médico pediatra) | |

| | | |
|--|---|--|
| | (4) Três (2 enfermeiros + 1 médico pediatra) (5) Nenhuma - Por quê? _____ | |
| Contato Telefônico 3º mês <i>(identificar se a criança e mãe estão bem; conferir endereço; anotar com quem obteve informação)</i> Entrevistador: | REGISTRO DO CONTATO: _____ _____ | |
| Contato Telefônico 4º mês <i>(identificar se a criança e mãe estão bem; conferir endereço; anotar com quem obteve informação)</i> Entrevistador: | REGISTRO DO CONTATO: _____ _____ | |
| Contato Telefônico 5º mês <i>(identificar se a criança e mãe estão bem; conferir endereço; anotar com quem obteve informação e AGENDAR VD)</i> Entrevistador: | REGISTRO DO CONTATO: _____ _____ | |

ANEXOS

ANEXO A
Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

| | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| Parecer CEP/UEL: | 120/2013 |
| CAAE: | 19352513.9.0000.5231 |
| Data da Relatoria: | 27/03/2014 |
| Pesquisador(a): | Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli |
| Unidade/Órgão: | CCS - Departamento de Enfermagem |

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou a solicitação de emenda ao projeto:

"Fatores de risco para morbi-mortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto."

Emenda:

- ✓ inclusão de 2ª visita domiciliar, completado um ano após o parto para obtenção das seguintes informações: a) condições de saúde e doença materna, vida sexual e reprodutiva e condições sociodemográficas atuais; b) acompanhamento do lactente no serviço de saúde quanto à imunização, dados antropométricos, desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), alimentação no decorrer dos seis meses (duração do AM, intercorrências alimentares e desmame, etc), saúde bucal, agravos de saúde, encaminhamentos, internações e óbito, registro na Carteira da Criança pelos profissionais e orientações; c) percepção materna quanto ao atendimento materno-infantil pelo serviço de saúde.
- ✓ Alteração do título da pesquisa para "Fatores de risco para morbi-mortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto".
- ✓ Emissão de parecer em nome da pesquisadora responsável por esta etapa: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Situação: **APROVADA**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

