



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MÁRCIA APARECIDA DOS SANTOS SILVA

**PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO PRIMEIRO ANO
APÓS O PARTO: UMA COORTE DO SUL DO BRASIL**

Londrina
2016

MÁRCIA APARECIDA DOS SANTOS SILVA

**PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO PRIMEIRO ANO
APÓS O PARTO: UMA COORTE DO SUL DO BRASIL**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Silva, Márcia Aparecida dos Santos .

Planejamento reprodutivo no primeiro ano após o parto : uma coorte do sul do Brasil / Márcia Aparecida dos Santos Silva. - Londrina, 2016.
38 f. : il.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

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

Inclui bibliografia.

1. Puerpério - Tese. 2. Anticoncepção - Tese. 3. Planejamento familiar - Tese. 4. Enfermagem na saúde - Tese. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

MÁRCIA APARECIDA DOS SANTOS SILVA

**PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO PRIMEIRO ANO APÓS O
PARTO: UMA COORTE DO SUL DO BRASIL**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alexandrina Aparecida
Maciel Cardelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Sandra Marisa Pelloso
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 18 de novembro de 2016.

*Ao meu filho, por nascer em momento muito
especial e tornar essa jornada única.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sua infinita bondade e zelo para comigo, durante cada momento do mestrado, sem ti Senhor eu não sou nada.

Agradeço ao meu esposo Wesley da Costa Canario, por ser um pai e parceiro maravilhoso, por acreditar nos meus sonhos e sempre me incentivar a conquista-los.

Agradeço a minha mãe Maria Aparecida dos Santos Silva e a minha sogra Maria Aparecida Canario, que de maneira tão amorosa cuidaram diversas vezes do Davi, para que eu pudesse realizar as atividades do mestrado, o apoio de vocês foi imensurável para conclusão desse processo.

Agradeço a minha orientadora Prof.^a Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli por seus ensinamentos e paciência, certamente a sua presença e compreensão foram fundamentais para construção dessa dissertação. Agradeço as professoras que fizeram parte da banca Prof.^a Dra. Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari e Prof.^a Dra. Sandra Marisa Pelloso, por suas correções e contribuições ao trabalho.

**"Nem olhos viram, nem ouvidos ouviram, nem
jamais penetrou em coração humano o que Deus
tem preparado para aqueles que o amam."
1 Coríntios 2:9**

SILVA, Márcia Aparecida dos Santos. **Planejamento reprodutivo no primeiro ano após o parto**: uma coorte do sul do Brasil. 2016. 38f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

O estudo teve por objetivo analisar o planejamento reprodutivo, no primeiro ano após o parto. Trata-se de uma coorte prospectiva, conduzida com mulheres no pós-parto, residentes no município de Londrina-PR. Utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0 para análise estatística por meio do Teste Qui-quadrado com nível de significância de 5%, para verificar possíveis associações ($p \leq 0,05$) com as variáveis dependentes: 'uso método contraceptivo' e 'inscrição no programa de planejamento reprodutivo'. Houve associação estatística entre o uso de contraceptivo e situação conjugal ($p \leq 0,0001$), renda ($p=0,034$) e mulheres não remuneradas ($p=0,018$). A paridade ($p=0,046$) e cesárea anterior ($p=0,027$) também se associaram com uso de contraceptivos. Verificou-se relevância estatística ($p \leq 0,0001$) entre a gravidez planejada ($p \leq 0,0001$), estar grávida novamente, motivo para não estar inscrita no programa de planejamento reprodutivo ($p=0,048$) e o uso de contraceptivos. Houve associação entre inscrição no programa de planejamento reprodutivo e uso de contraceptivo, uso de método hormonal e serviço de saúde. Ocorreu significância estatística entre a realização da revisão puerperal precoce ambulatorial e inscrição no planejamento reprodutivo ($p \leq 0,0001$); a maior proporção das mulheres que estavam inscritas no programa de planejamento reprodutivo foram atendidas pelo enfermeiro, sendo estatisticamente relevante ($p=0,026$). Embora o pós-parto seja um período de vulnerabilidade feminina, constatamos no estudo uma restrição na aplicação das políticas de saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Puerpério. Anticoncepção. Saúde da Mulher.

SILVA, Márcia Aparecida dos Santos. **Planejamento reprodutivo no primeiro ano após o parto: uma coorte do sul do brasil**. 2016. 38p. Dissertation (Master of Science in Nursin) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the reproductive planning in the first year after childbirth, of women followed by primary and secondary health care. This is a prospective cohort study, conducted with women in the postpartum period, living in the city of Londrina, watched in primary and secondary levels of health attention. We used the Statistical Package for Social Sciences, version 20.0, for statistical analysis, using Chi-square test with 5% significance level to verify possible associations ($p \leq 0.05$) with the dependent variables 'use of contraceptive method' and 'inclusion in reproductive planning program'. There was statistical association between the use of contraception and marital status ($p \leq 0.0001$), income ($p = 0.034$), and unpaid women ($p = 0.018$). The parity ($p = 0.046$) and previous cesarean section ($p = 0.027$) was also significantly associated with the use of contraceptive methods. There was statistical significance ($p \leq 0.0001$) between unplanned pregnancy ($p \leq 0.0001$), being pregnant again, the reason not to be in the reproductive planning program ($p = 0.048$) and the use of contraceptive methods. There was an association between the enrollment in the reproductive planning program and the use of contraceptives, the use of hormonal methods and the health service. There was statistical significance between the ambulatory early puerperal review and the inclusion in reproductive planning ($p \leq 0.0001$); the highest proportion of women who were enrolled in the reproductive planning program were attended by nurses, and that was statistically significant ($p = 0.026$). Although postpartum is a period of vulnerability for women, we found in the study a constraint on the implementation of sexual and reproductive health policies.

Keywords: Puerperium. Contraception. Women's Health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Perfil sócio demográfico, histórica obstétrica e prática do planejamento reprodutivo, segundo o uso de método contraceptivo no primeiro ano após o parto. Londrina, PR, 2016. 16
- Tabela 2** – Prática do planejamento reprodutivo e revisão puerperal no primeiro ano após o parto, segundo inscrição no programa de planejamento reprodutivo. Londrina, PR, 2016. 18
- Tabela 3** – Acompanhamento das puérperas pelo serviço de saúde, segundo inscrição no programa de planejamento reprodutivo no primeiro ano após o parto. Londrina, PR, 2016. 19
- Tabela 4** – Procura da mulher para prática do planejamento reprodutivo, segundo inscrição no programa de planejamento reprodutivo no primeiro ano após o parto. Londrina, PR, 2016. 19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
MC	Métodos Contraceptivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPR	Programa de Planejamento Reprodutivo
RPP	Revisão Puerperal Precoce
RPPA	Revisão puerperal precoce ambulatorial
RPT	Revisão puerperal tardia
RPR	Revisão puerperal remota

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO	12
2	Planejamento reprodutivo no primeiro ano após o parto: uma coorte do sul do Brasil	13
2.1	Introdução.....	13
2.2	Material e Métodos.....	14
2.3	Resultados	15
2.4	Discussão.....	19
3	Conclusão	24
4	Referências	24
	APÊNDICES	28
	APÊNDICE A – Instrumento de Registro de Dados.....	29
	ANEXOS	35
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	36
	ANEXO B – Autorização da Autarquia Municipal de Saúde	37
	ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Emenda	38

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A assistência ao pós-parto no Brasil não tem sido realizada de forma apropriada, sendo associada à baixa qualidade, pouca infraestrutura e desvalorização desse período; todos esses fatos levam a desfechos que impactam na mortalidade materna (MOURA; GOMES, 2014). As ações relacionadas à saúde têm sido identificadas como uma necessidade da pessoa, todavia há uma série de divergências entre o que o governo propõe, o que a sociedade pratica e o que o serviço de saúde oferece (COSTA et al., 2013).

No início do século XX, as políticas nacionais de saúde já incorporavam os aspectos relacionados à saúde da mulher, no entanto nesse período se limitavam ao período de gravidez e parto. Nesse momento o papel social da mulher se pautava na responsabilidade de criar os filhos e na execução doméstica do lar (MACHADO et al., 2013). Historicamente, o controle de natalidade no Brasil esteve pautado no crescimento econômico e desenvolvimento do país. Desde 1974 a política demográfica contextualiza a decisão de ter ou não filhos ao conceito de família tradicional, desconectando as demais relações entre parceiros e suas implicações das ações em saúde (COSTA et al., 2013).

A década de 1980 foi marcada pela retomada dos direitos políticos e democráticos; com o apoio e a intervenção do movimento social e feminista, foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa ampliou as ações de saúde para população feminina, passando a ter maior visibilidade em todos os ciclos da vida, de forma a dar à mulher conhecimento e autonomia acerca do seu corpo, da sua saúde e da sua sexualidade, inclusive na área reprodutiva (PAIVA et al., 2016).

O conceito de planejamento familiar consta na constituição federal e é regulamentado pela lei nº 9.263/96, que compreende o planejamento familiar como um conjunto de ações de regulamentação da fecundidade, de forma a garantir direitos iguais, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 2013). Considerando a expansão do termo “planejamento familiar”, busca-se substituí-lo por “planejamento reprodutivo”, pois pode ser realizado de forma independente da instituição familiar. Firma-se no pressuposto da decisão livre e informada, dignidade humana e paternidade responsável, cabendo ao estado a provisão de recursos para ação e manutenção dessa norma (ARAÚJO et al., 2016).

O planejamento reprodutivo tem motivado diversos estudos nas últimas décadas, e sua abordagem tem ido além do fator biológico, compreendendo as áreas éticas,

políticas e sociais; no entanto, há uma lacuna tanto para os profissionais quanto para a sociedade sobre a sua prática (SANTOS; FREITAS, 2011). Apesar de a política de planejamento reprodutivo ser de responsabilidade dos diversos níveis de atenção à saúde, ela tem sido um dos alvos de atuação da atenção primária. Essa tem como princípio a oferta livre e informada dos métodos contraceptivos, participação popular e referenciamento para os demais níveis de atenção à saúde, quando as necessidades do usuário não são supridas no setor primário (PIERRE; CLAPIS, 2010).

Especificamente em relação ao recorte deste estudo, que trata do planejamento reprodutivo no pós-parto, o Ministério da Saúde aconselha a orientação do retorno à atividade sexual durante a consulta puerperal, assim como recomenda a orientação e oferta de métodos contraceptivos (MC). Em relação ao desejo de uma nova gestação, sugere que o intervalo entre os partos seja de pelo menos dois anos – período necessário para o retorno do organismo às condições anteriores à gestação, evitando complicações futuras para mãe e o bebê, como parto prematuro, baixo peso e hemorragias (BRASIL, 2012). A vulnerabilidade desse período deve ser considerada a fim de ser realizada assistência de qualidade, que inclua a saúde reprodutiva das mulheres após o parto (OLIVEIRA et al., 2013).

Almeja-se, por meio desse estudo, averiguar as fragilidades do serviço de saúde no primeiro ano após o parto e gerar subsídios para ações de promoção e prevenção, alertando profissionais, mulheres e homens sobre a importância do planejamento reprodutivo após o parto, a fim de reduzir riscos associados à não adesão.

2 Planejamento reprodutivo no primeiro ano após o parto: uma coorte do sul do Brasil

2.1 Introdução

O período após o parto é o momento em que as mulheres apresentam mudanças e adaptações físicas, emocionais e sociais, visando ao retorno da condição pré-gravídica; é classificado em três fases: puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto); puerpério tardio (11º ao 42º dia); e puerpério remoto (43º dia até um ano de pós-parto) (BRASIL, 2001).

Entre as adaptações pelas quais a mulher passa está o retorno à prática sexual. Ela e o parceiro devem ter a consciência e o conhecimento da sua capacidade de fecundação no pós-parto (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera a sexualidade como um dos cinco parâmetros de saúde do indivíduo,

sendo a saúde sexual de suma importância para a manutenção das relações afetivas (OMS, 2012). Portanto, todo casal ou indivíduo tem o direito à decisão livre e responsável sobre ter filhos ou não, quantos, e em qual momento de suas vidas, sem discriminação, coerção ou violência. Tem também o direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução e acesso ao serviço de saúde e informações adequadas (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, o planejamento reprodutivo compreende a promoção da sexualidade saudável e segura, a regulação da fecundidade segundo o desejo do casal, a preparação para uma paternidade responsável (PAIVA et al., 2016).

Especificamente em relação ao recorte deste estudo, que trata do planejamento reprodutivo no pós-parto, o Ministério da Saúde aconselha que a orientação do retorno à atividade sexual após o parto e a oferta de métodos contraceptivos ocorram na consulta puerperal (BRASIL, 2012). As necessidades do pós-parto precisam ser supridas pelo sistema de saúde. A vulnerabilidade desse período deve ser considerada a fim de se prestar uma assistência de qualidade, que atenda inclusive a saúde sexual e reprodutiva das mulheres (OLIVEIRA et al., 2013).

A prestação do serviço de saúde ao pós-parto no Brasil, porém, não tem sido realizada de forma apropriada, sendo associada à baixa qualidade de assistência, pouca infraestrutura e desvalorização desse período (MOURA; GOMES, 2014).

O planejamento reprodutivo tem motivado diversos estudos nas últimas décadas, e sua abordagem tem ido além do fator biológico, compreendendo as áreas éticas, políticas e sociais; no entanto, há uma lacuna tanto para os profissionais quanto para a sociedade sobre a sua prática (SANTOS; FREITAS, 2011). Apesar disso, este estudo é um dos poucos que se propôs a verificar a utilização do método contraceptivo para além do fator biológico e entre mulheres no período puerperal que teoricamente tem acesso ao programa de planejamento reprodutivo.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo analisar o planejamento reprodutivo, no primeiro ano após o parto, de mulheres acompanhadas na atenção primária e secundária à saúde. Acredita-se que há uma taxa preponderante de não adesão ao planejamento reprodutivo, caracterizada pelo não uso de método contraceptivo e decorrente das crenças e atitudes em saúde (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011).

2.2 Material e Métodos

Trata-se de uma coorte prospectiva, conduzida com mulheres no pós-parto, residentes no município de Londrina-PR, seguidas nos níveis de atenção a saúde primária e secundária. O cálculo da amostra foi realizado com base em 3.415 partos ocorridos no ano de 2012 na maternidade municipal, sendo a amostra mínima estimada de 358 mulheres.

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2013 a março de 2015, dividida em quatro fases sequenciais. A primeira fase teve início com a identificação diária das mulheres na unidade de alojamento conjunto, para obtenção de dados do cartão pré-natal e do prontuário. Na segunda fase procedeu-se à observação não participante da revisão puerperal precoce ambulatorial. Na terceira e quarta fases realizaram-se visitas domiciliares, 42 e 365 dias após o parto. As técnicas utilizadas foram transcrição de dados em formulário e entrevista semiestruturada. O critério de inclusão para este estudo foi ter participado de todas as etapas da pesquisa. O N final do estudo foi de 300 mulheres. Como limitação do estudo, apontasse o desenho de coorte que implicou em uma perda amostral de 19% durante o seguimento das mulheres do puerpério imediato ao remoto, decorrente do caráter itinerante da população em estudo.

As variáveis independentes selecionadas contemplaram os aspectos sociais e demográficos, história obstétrica e planejamento reprodutivo. Utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0, para análise estatística por meio do Teste Qui-quadrado com nível de significância de 5%, para verificar possíveis associações ($p \leq 0,05$) com as variáveis dependentes: 'uso método contraceptivo' e 'inscrição no programa de planejamento reprodutivo'.

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob o protocolo de aprovação CAAEE nº 193525139.9.0000.5231.

2.3 Resultados

Houve diferença estatística entre a situação conjugal e o uso de método contraceptivo (MC) ($p \leq 0,0001$) no puerpério tardio. A maior proporção de mulheres que tinham companheiro (90,4%) fazia uso de contraceptivo, quando comparadas às que não tinham companheiro (9,6%). O uso de MC também se associou significativamente ($p = 0,034$) com a renda no puerpério tardio – mulheres com renda mais baixa fizeram menor uso de método contraceptivo (Tabela 1). Ao engravidar, verificou-se que a maioria das mulheres não remuneradas (64,6%) não estava fazendo uso de contraceptivo, apresentando significância

estatística ($p=0,018$) (Tabela 1). A paridade no período ao engravidar associou-se significativamente com uso de MC ($p=0,046$); mulheres multíparas faziam mais uso de contraceptivo do que primíparas. Também houve associação entre mulheres com cesárea anterior e uso de MC ($p=0,027$) (Tabela 1).

Houve diferença estatística ($p=0,055$) entre o tipo de parto e uso MC no puerpério remoto; a maior parte de mulheres com parto normal não fazia uso de MC (Tabela 1). Na abordagem ao planejamento reprodutivo, identificou-se que houve relevância estatística ($p\leq 0,0001$) entre a gravidez planejada e o uso de MC ao engravidar. A maior parte dos casais que queriam engravidar não estava utilizando contraceptivos (Tabela 1).

Estar grávida novamente teve associação significativa ($p\leq 0,0001$) com uso de MC no puerpério remoto; a maioria das mulheres que engravidaram novamente não fazia uso de MC (Tabela 1). O uso de MC também se associou significativamente ao motivo de a mulher não estar inscrita no programa de planejamento reprodutivo (PPR) no puerpério tardio ($p=0,048$); a inadequação do serviço foi o principal motivo mencionado por mulheres que não tinham essa prática (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico, histórica obstétrica e prática do planejamento reprodutivo, segundo o uso de método contraceptivo no primeiro ano após o parto. Londrina, PR, 2016.

Variáveis Independentes	Uso de Método Contraceptivo								
	Ao engravidar			7º ao 42º dia pós-parto			1º ano após o parto		
	Sim n(%)	Não N(%)	Valor de p	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p
Perfil sócio demográfico									
Idade (em anos)									
≤19	18(17,6)	42(21,2)		51(20,5)	09(17,6)		54(20,5)	06(16,2)	
20-24	31(35,6)	56(28,3)		67(26,9)	20(39,2)		76(28,9)	11(29,7)	
25-29	25(24,5)	57(28,8)		71(28,5)	11(21,6)		73(27,8)	9(24,3)	
30-34	18(17,6)	22(11,1)		32(12,9)	08(15,7)		34(12,9)	6(16,2)	
≥35	10(09,8)	21(10,6)	0,508	28(11,2)	3(05,9)	0,443	26(09,9)	5(13,5)	0,397
Situação Conjugal									
Com companheiro	86(84,3)	171(86,4)		225(90,4)	32(62,7)		229(87,1)	28(75,7)	
Sem companheiro	16(15,7)	27(13,6)	0,728	24(09,6)	19(37,3)	$p\leq 0,0001$	34(12,9)	9(24,3)	0,078
Anos de estudo									
1-4	25(24,5)	47(23,7)		56(22,5)	16(31,4)		61(23,2)	11(29,7)	
5-10	70(68,6)	135(68,2)		173(69,5)	32(62,7)		182(69,2)	23(62,2)	
≥11	7(06,9)	16(08,1)	0,762	20(08,0)	03(05,9)	0,183	20(07,6)	3(08,1)	0,524
Renda (SM)									
≤1	28(27,5)	53(26,8)		64(25,7)	17(33,3)		71(27,0)	10(27,0)	
2≤3	40(39,2)	88(44,4)		103(41,4)	25(49,0)		110(41,8)	18(48,6)	
≥3	34(33,3)	57(28,8)	0,556	82(32,9)	9(17,6)	0,034	82(31,2)	9(24,3)	0,504
Ocupação									
Remunerada	51(50,0)	70(35,4)		103(41,4)	18(35,3)		109(41,4)	12(32,4)	
Não remunerada	51(50,0)	128(64,6)	0,018	146(58,6)	33(64,7)	0,439	154(58,6)	25(67,6)	0,372
Moradores no domicílio									
≤3	69(67,6)	126(63,6)	0,525	162(65,1)	33(64,7)	1,000	169(64,3)	26(70,3)	0,582
≥4	33(32,4)	72(36,4)		87(34,9)	18(35,3)		94(35,7)	11(29,7)	
História Obstétrica									
Paridade									
Primíparas	31(30,4)	84(42,4)		90(36,1)	25(49,0)		97(36,9)	8(48,6)	
Multíparas	71(69,6)	114(57,2)	0,046	159(63,9)	26(51,0)	0,113	166(63,1)	19(51,4)	0,206

Cesárea Anterior									
Sim	46(45,1)	117(59,1)		130(52,2)	33(64,7)		143(54,4)	20(54,1)	
Não	56(54,9)	81(40,9)	0,027	119(47,8)	18(35,3)	0,123	120(45,6)	17(45,9)	0,971
Aborto Anterior									
Sim	9(08,8)	18(09,1)		19(07,6)	8(15,7)		23(08,7)	4(10,8)	
Não	93(91,2)	180(90,9)	0,939	230(92,4)	43(84,3)	0,067	240(91,3)	33(89,2)	0,757
Tipo de Parto									
Normal	76(74,5)	147(74,2)		182(73,1)	41(80,4)		191(72,6)	32(86,5)	
Cesárea	26(25,5)	51(25,8)	0,960	67(26,9)	10(19,6)	0,379	72(27,4)	5(13,5)	0,055
Condição do Périneo									
Integro	55(53,9)	125(63,1)		147(59,0)	33(64,7)		157(59,7)	23(62,2)	
Laceração/Episiotomia	47(46,1)	73(36,9)	0,136	102(41,0)	18(35,3)	0,531	106(40,3)	14(37,8)	0,859
Prática de Planejamento Reprodutivo									
Gravidez planejada									
O casal queria	43(42,2)	138(69,7)		155(62,2)	26(51,0)		158(60,1)	23(62,2)	
O casal não queria	59(57,8)	60(30,3)	0,0001	94(37,8)	25(49,0)	0,158	105(39,9)	14(37,8)	0,859
Grávida novamente									
Sim	00(00,0)	00(00,0)		01(52,2)	00(00,0)		6(02,3)	9(24,3)	
Não	102(100)	198(99,5)	-	248(99,6)	51(100)	-	257(97,7)	28(75,7)	0,0001
Intervalo entre os partos									
De 5 a 10 meses	0(00,0)	0(00,0)		1(100)	0(00,0)		1(16,7)	3(33,3)	
De 11 a 15 meses	0(00,0)	0(00,0)	-	0(00,0)	0(00,0)	-	5(83,3)	6(66,7)	0,490
Motivo para não estar inscrita no PPR**(***))									
Ausência de procura por cuidado	1(02,2)	8(08,7)		08(07,5)	01(03,1)		08(07,2)	01(03,7)	
Já utilizava algum método	26(56,5)	42(45,7)		56(52,8)	12(17,6)		54(48,6)	14(51,9)	
Inadequação do serviço	19(41,3)	42(45,7)	0,843	42(39,6)	19(59,4)	0,048	49(44,1)	12(44,4)	0,770
Total	300	300		300	300		300	300	

Qui-quadrado $p \leq 0,05$ * $n=15$ ** Programa de Planejamento Reprodutivo *** $n=138$

A Tabela 2 mostra que a inscrição no PPR e o uso de MC apresentou associação positiva no puerpério precoce ($p=0,001$), no puerpério tardio ($p \leq 0,0001$) e no puerpério remoto ($p=0,001$), demonstrando que a maior proporção de mulheres que estavam inscritas no PPR faziam uso de contraceptivos. Da mesma forma, houve associação entre inscrição no PPR e o uso de método hormonal nos puerpérios precoce ($p=0,021$), tardio ($p \leq 0,0001$) e remoto ($p=0,003$). A maior parte das mulheres que estavam inscritas no PPR obtinham o contraceptivo no serviço de saúde, sendo este fato significativo estaticamente ($p \leq 0,0001$) no puerpério precoce, tardio e remoto (Tabela 2).

No acompanhamento da revisão puerperal, verificamos diferença estatística entre o agendamento na Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial (RPPA) e a inscrição no PPR ($p=0,002$), em detrimento dos agendamentos na Revisão Puerperal Tardia RPT e Revisão Puerperal Remota (RPR). A maior proporção de mulheres que não tiveram o agendamento da consulta puerperal também não foi inscrita no PPR (Tabela 2).

Chamou-nos a atenção o fato de que 86,4% das mulheres na RPPA, 81,2% na RPT e 93,6% na RPR não conheciam a existência do serviço de revisão puerperal. Somadas à

não inscrição no PPR, estas mulheres receberam orientações direcionadas para cuidados com a criança (Tabela 2).

Tabela 2 – Prática do planejamento reprodutivo e revisão puerperal no primeiro ano após o parto, segundo inscrição no programa de planejamento reprodutivo. Londrina, PR, 2016.

Variáveis Independentes	Inscrição no Programa de Planejamento Reprodutivo								
	1º dia pós-parto (Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial)			42º dia pós-parto (Revisão Puerperal Tardia)			1º ano após o parto (Revisão Puerperal Remota)		
	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p
Prática de Planejamento Reprodutivo									
Gravidez desejada/planejada									
O casal queria	110(60,8)	71(59,7)		61(59,8)	120(60,6)		95(58,3)	86(62,8)	
O casal não queria	71(60,8)	48(40,3)	0,904	41(40,2)	78(39,4)	0,901	68(41,7)	51(37,2)	0,478
Uso de método contraceptivo									
Sim	161(89,0)	88(73,9)		98(96,1)	151(76,3)	$p \leq 0,0001$	153(93,9)	110(80,3)	0,001
Não	20(11,0)	31(26,1)	0,001	04(03,9)	47(23,7)		10(06,1)	27(19,7)	
Motivo para não usar contraceptivo									
Querida engravidar	67(56,8)*	43(53,8)*	0,131	33(53,2)*	77(56,6)*	0,368	8(80,0)	15(55,6)	0,065
Crenças e atitudes em saúde	46(39,0)	37(46,2)		26(41,9)	57(56,6)		0(00,0)	10(37,0)	
Dificuldade de acesso ao serviço de saúde	5(04,2)	0(00,0)		3(04,8)	2(01,5)		2(20,0)	2(07,4)	
Método contraceptivo									
Barreira (preservativo, diafragma, DIU***)	33(20,9)	09(10,5)		07(07,1)	35(24,0)		11(07,2)	39(35,5)	
Hormonal (oral, injetável)	117(70,9)	65(75,6)		78(74,5)	104(71,2)		109(27,4)	66(37,7)	
Cirúrgico (laqueadura, vasectomia)	13(08,2)	12(14,0)	0,021	18(18,4)	07(04,8)	$p \leq 0,0001$	33(21,3)	0(00,0)	0,003
Comportamento (tabelinha, coito interrompido)	-	-		-	-		00(00,0)	5(04,5)	
Local de oferta do contraceptivo									
Serviço de saúde	164(85,1)	78(65,5)		92(90,2)	140(70,7)	$p \leq 0,0001$			
Farmácia (compra)	26(14,4)	15(12,6)		07(06,9)	34(17,2)		127(83,0)	26(23,6)	$p \leq 0,0001$
Não Ofertado	01(00,6)	26(21,8)	$p \leq 0,0001$	03(02,9)	24(12,1)		26(17,0)	79(71,8)	
							0(00,0)	5(04,5)	
Grávida novamente									
Sim	00(000,0)	0(000,0)		01(01,0)	00(000,0)	0,164	5(03,1)	10(07,3)	0,094
Não	181(100,0)	119(100,0)	0,417	101(99,0)	198(100,0)		158(96,9)	127(92,7)	
Intervalo entre os partos**									
De 5 a 10 meses	0(00,0)	0(00,0)		01(100,0)	00(00,0)		1(20,0)	3(30,0)	0,690
De 11 a 15 meses	0(00,0)	0(00,0)	-	00(000,0)	00(00,0)	-	4(80,0)	7(70,0)	0,478
Revisão Puerperal									
Agendamento									
Sim	27(33,3)	36(61,0)		27(49,1)	36(42,4)		59(36,2)	43(31,4)	
Não	54(66,7)	23(39,0)	0,002	28(50,9)	49(57,6)	0,488	104(63,8)	94(68,6)	0,394
Motivo do não agendamento***									
Atendida na revisão puerperal da maternidade	4(07,4)	01(04,5)		4(14,3)	01(02,1)	0,086	-	-	0,875
Falta de profissional	12(22,2)	02(14,3)		06(21,4)			2(01,9)	1(01,1)	
Não sabia da existência desse cuidado	39(70,4)	19(86,4)		19(64,3)	08(16,7)		96(92,3)	88(93,6)	
Agenda para a criança	-	-		-	-		06(05,8)	05(05,3)	
Assistência do serviço de saúde									
À criança	53(50,5)	39(39,7)		25(37,3)	62(50,0)		44(40,4)	43(52,4)	0,130
À mulher	2(01,9)	4(04,7)		2(03,0)	4(03,2)		5(04,6)	1(01,2)	
À mulher e a criança	50(47,5)	48(55,8)		40(59,7)	58(46,8)	0,86	60(55,0)	38(46,3)	
Orientação do serviço de saúde									
Cuidados para a criança	61(70,1)	49(69,0)	0,197	39(68,4)	71(70,3)	0,843	63(70,8)	47(68,1)	0,265
Cuidados para a mulher	0(00,0)	2(02,8)		1(01,8)	1(01,0)		2(02,2)	0(00,0)	
Cuidados para a mulher e criança	26(29,9)	20(28,2)		17(29,8)	29(28,7)		24(27,0)	22(31,9)	
Total	300	300		300	300		300	300	

Qui-quadrado $p \leq 0,05$ * Valores ajustados para o “período ao engravidar” ** $n=15$ *** $n=77$

A Tabela 3 apresenta dados referentes ao acompanhamento da puérpera pelo serviço de saúde e demonstra que ocorreu significância estatística entre a realização da RPPA e inscrição no planejamento reprodutivo ($p \leq 0,0001$). A maior parte das mulheres que

realizaram RPPA (96,3%;n=181) foram inscritas no PPR. Na RPP, a maior proporção das mulheres que estavam inscritas no PPR foram atendidas pelo enfermeiro (48,7%) sendo estatisticamente relevante ($p=0,026$).

Tabela 3 – Acompanhamento das puérperas pelo serviço de saúde, segundo inscrição no programa de planejamento reprodutivo no primeiro ano após o parto. Londrina, PR, 2016.

Serviço de Saúde	Inscrição no Programa de Planejamento Reprodutivo											
	7º dia pós-parto (Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial)			10º dia pós-parto (Revisão Puerperal Precoce)			42º dia pós-parto (Revisão Puerperal Tardia)			1º ano após o parto (Revisão Puerperal Remota)		
	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p
Revisão Puerperal												
Sim	55(39,3)	85(60,7)	0,087	181(96,3)	07(03,7)	$p \leq 0,0001$	43(39,4)	66(60,6)	0,163	59(57,8)	43(42,2)	0,394
Não	47(29,4)	113(70,6)		0(00,0)	112(100,0)		59(30,9)	132(69,1)		104(52,5)	94(47,5)	
Profissional que realizou a revisão puerperal												
Médico	–	–		16(88,9)	02(11,1)		35(40,2)	52(59,8)	0,389	32(56,1)	25(43,9)	0,840
Enfermeiro	37(48,7)	39(51,3)		165(97,1)	05(02,9)		07(33,3)	14(66,7)		27(60,0)	18(40,0)	
ACS***	5(20,0)	20(80,0)		–	–		–	–		–	–	
Multiprofissional	13(33,3)	26(66,7)	0,026	–	–	0,136	01(100,0)	0(00,0)		–	–	
Total	300	300		300	300		300	300		300	300	

Qui-quadrado $p \leq 0,05$

Houve associação estatística ($p \leq 0,0001$), no puerpério tardio e remoto, entre procurar o serviço para planejamento reprodutivo e inscrição no PPR; a maior proporção de mulheres que não procuraram o serviço para planejamento reprodutivo no puerpério tardio também não foram inscritas no PPR. Porém, um ano após o parto, entre as mulheres que procuram o serviço para planejamento reprodutivo, a maior parte foi inscrita no PPR (Tabela 4).

Tabela 4 – Procura da mulher para prática do planejamento reprodutivo, segundo inscrição no programa de planejamento reprodutivo no primeiro ano após o parto. Londrina, PR, 2016.

Prática de Planejamento Reprodutivo	Inscrição no Programa de Planejamento Reprodutivo					
	42º dia pós-parto			1 ano pós-parto		
	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p	Sim n(%)	Não n(%)	Valor de p
Procurou para planejamento reprodutivo						
Sim	30(62,5)	18(37,5)	$p \leq 0,0001$	102(93,6)	7(06,4)	$p \leq 0,0001$
Não	72(28,6)	180(71,4)		61(31,9)	130(68,1)	
Procurou para ginecologista						
Sim	42(31,3)	92(68,7)		83(54,6)	69(45,4)	1,000
Não	60(36,1)	106(63,9)	0,394	80(54,1)	68(45,9)	
Total	300	300		300	300	

Qui-quadrado $p \leq 0,05$

2.4 Discussão

A abordagem do planejamento reprodutivo tem sido ampliada para além do biológico, compreendendo as áreas da ética, política e social. Entretanto, há uma lacuna tanto para os profissionais quanto para a sociedade sobre a sua prática (SANTOS; FREITAS, 2011). Da mesma forma, poucos estudos abordam o acompanhamento do planejamento

reprodutivo pelo seu serviço saúde e a prática das mulheres no período pós-parto.

O perfil encontrado neste estudo, de jovens adultas e adolescentes, corrobora com os dados encontrados na literatura, que identifica esta como a população que mais engravida no Brasil (EVANGELISTA; BARBIERI; SILVA, 2015). Esta evidência acalora as discussões sobre os riscos aos quais essas jovens estão expostas, como baixo peso do recém-nascido, parto prematuro, parto operatório associado à laqueadura como medida de planejamento reprodutivo e gestações sucessivas com intervalo menor que dois anos (SOUZA et al., 2013).

Outro questionamento é quanto às condições financeiras dessa população, pois o aumento da qualidade da saúde sexual reprodutiva influencia diretamente na redução da pobreza e melhoria das condições de vida dos indivíduos (DARSIE et al.; 2014). Verificou-se que no puerpério tardio mulheres com recurso econômico menor ou precário não exerciam a prática de contracepção. Indivíduos com renda menor apresentam maiores necessidades e insatisfação com anticoncepção. Alguns autores afirmam que a forma como o planejamento reprodutivo é desenvolvido na saúde pública não abrange o potencial do núcleo familiar, uma vez que são inexistentes quaisquer informações sobre como relacionar a renda com número de filhos, ou com investimentos na educação e na saúde de cada membro da família (FREITAS, 2011; MOURA; GOMES, 2014).

A anticoncepção e a existência de um parceiro mostraram-se influentes em todo o período do estudo, tendo maior adesão aos métodos contraceptivos as mulheres que conviviam com companheiros. No entanto, observamos uma tendência ao uso de métodos hormonais em comparação ao uso de métodos de barreira por essa população; poucas mulheres faziam uso de preservativo, ficando vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis e a gestações não planejadas. Em uma pesquisa qualitativa sobre reprodução, práticas contraceptivas e abortamento voluntário, verificou-se que à medida que ocorria estabilidades nos relacionamentos os casais iam dispensando o uso do preservativo subjugando os riscos (HEILBORN, CABRAL, BRANDÃO, 2010).

A autonomia sobre a fecundidade é vista como uma das amarras do processo de empoderamento feminino, recaindo, portanto, sobre a mulher as consequências de uma gestação não planejada. Assim, é compreendida como natural a sua busca solitária por contracepção (MORAIS et al., 2014). O não planejamento ou desejo da gestação entre os casais, neste estudo, foi considerado relevante. Esses dados manifestam uma inabilidade ou dificuldades no uso de métodos contraceptivos, uma vez que parcela significativa das mulheres fazia anticoncepção quando engravidou. Considera-se gravidez não planejada toda e

qualquer gestação que não foi programada pelo casal, podendo ocorrer de forma indesejada, quando se contrapõe às expectativas do casal, ou inoportuna, quando ocorre em um período não favorável (CONCEIÇÃO; FERNANDES, 2015). A gravidez não planejada deve ser considerada um problema de saúde pública. Estima-se que todos os anos 80 milhões de mulheres no mundo concebem uma gestação não planejada, e que 60% delas não prosseguem até o final, agravando os índices de morbimortalidade perinatal (PRIETSCH et al., 2011).

Apesar da evolução dos métodos contraceptivos ao longo do tempo, assim como acesso à informação e ao serviço de saúde, nenhum contraceptivo pode ser considerado ideal, devido a suas limitações técnicas e biológicas, no entanto o seu maior obstáculo é a transposição da barreira cultural (CASTRO et al.; 2015). Nesse sentido, observamos a ocorrência desse fenômeno no presente estudo; mulheres com filhos apresentaram maior busca pelo serviço de planejamento reprodutivo e uso do contraceptivo. Contudo, a literatura demonstra que esta procura ocorre não para planejar o número de filhos desejado ou para ter intervalo adequado entre as gestações, mas para cessar a fertilidade (MOURA; GOMES, 2014; SANTOS; FREITAS, 2011). Da mesma maneira, mulheres que participaram deste estudo e que já haviam feito cesárea anterior não praticavam anticoncepção, estando propensas à esterilização como método contraceptivo. Em contextos com desigualdade social acentuada a vivência da sexualidade, muitas vezes se faz restrita a concepção biológica; estando desvinculadas do ato de prazer, novamente, essas mulheres apresentam menos controle sobre seu corpo, sua capacidade de reprodução e fertilidade, repetindo a procura por medidas de controle da prole por meio da laqueadura (TINTORI et al., 2016).

Embora haja influência positiva no uso de contraceptivos, o serviço de saúde mostrou-se limitado à oferta de métodos hormonais. Os métodos contraceptivos hormonais orais são os mais utilizados em todo o mundo, por serem métodos reversíveis, eficientes e disponíveis. No entanto, devido a sua ingestão ser diária, é necessário um uso contínuo e prolongado, tornando-se mais frequente o esquecimento, o que eleva sua taxa de falha (BAHAMONDES et al., 2011). Há também uma relação direta entre o menor nível socioeconômico e a prevalência do consumo de pílulas (FONSECA; GOMES; BARRETO, 2015).

Segundo a pesquisa mundial de planejamento familiar, em 2013 63% das mulheres casadas, com idade entre 15 a 49 anos, usavam algum método para o planejamento reprodutivo, dessas, 57% utilizavam métodos considerados modernos, que incluem pílulas, dispositivo intrauterino (DIU), injetáveis, preservativos e esterilização (POPULATION REFERENCE BUREAU, 2013).

Nesse primeiro ano após o parto verificaram-se tais características na população estudada: mulheres com parceiro, alta concentração do uso métodos hormonais, e prevalência de baixa renda. Portanto, para que esse grupo de mulheres exerça sua escolha livre e informada de anticoncepção, é necessário ampliar o acesso aos demais tipos de contraceptivos, empoderar o autoconhecimento do seu corpo e atentar para a vulnerabilidade de mulheres com menor renda (PENAFORTE et al.; 2010).

A assistência à saúde sexual e reprodutiva vem sendo uma das áreas de atuação prioritária da atenção primária, tendo por princípio a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, baseado na Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) e na Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (BRASIL, 2005) (LUIZ; NAKANO; BONAN, 2015). Sendo assim, a atenção primária deveria estar preparada para desenvolver três principais atividades no âmbito de saúde reprodutiva, aconselhamento, educação e clínica. No entanto, as ações se limitam à oferta e distribuição de contraceptivos, com ênfase no ciclo gravídico-puerperal, desviando seu foco da atenção a mulheres que não possuam antecedentes gestacionais, não sejam sexualmente ativas ou ainda sofram com infertilidade (MOURA; GOMES, 2014).

A consulta puerperal é uma das estratégias de cuidados da atenção primária, principalmente na primeira semana após o parto, pois permite a construção de vínculo com a usuária, proporciona acolhimento, e promove atendimento preventivo, holístico e resolutivo frente aos problemas que podem surgir. Contudo as ações prestadas nesse período estão deficientes de orientações relacionadas ao cuidado integral da mulher, tendo como foco a assistência ao recém-nascido, portanto a consulta realizada nesse momento não garante autoconfiança necessária para que puérpera desempenhe o autocuidado com excelência (MEDEIROS; COSTA, 2016; PEREIRA; GRADIM, 2014; BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2011).

Verificou-se que a busca do cuidado pela usuária foi relevante no estudo, pois a procura do serviço para planejamento reprodutivo no puerpério remoto resultou na inserção das mulheres neste programa. No entanto ressalta-se que várias puérperas procuraram e foram atendidas pelo serviço de ginecologia, mas não foram inseridas no PPR, reafirmando a fragmentação do cuidado e olhar restrito para mulher que se encontra no pós-parto.

Este diagnóstico é contrário a proposta de atenção a saúde na atenção primária e demonstra que o cuidado especializado ainda está centralizando na figura do médico em detrimento da multiprofissionalidade. A enfermagem, por sua vez, perdeu ou

deixou de ocupar um espaço que lhe é garantido, de realização de consultas para acompanhamento do planejamento reprodutivo e prescrição de cuidados e tratamento, mediante estabelecimentos de protocolos portaria (BRASIL, 2011).

Diante deste fato verificou-se nessa pesquisa que a atenção secundária exerceu papel crucial na inclusão de mulheres no programa de planejamento reprodutivo, se fazendo em mais uma alternativa para suprir as necessidades da atenção primária.

A atuação do profissional enfermeiro foi fundamental para o resgate das mulheres, nos primeiros dias que sucedem o parto, e sua inserção no programa de planejamento reprodutivo, confirmando a sua eficaz participação no puerpério precoce, e ação na rede de saúde primária e secundária. O profissional de saúde é visto como agente de poder pela usuária, e é através de práticas efetivas em saúde, que as mesmas estarão fortalecidas para escolhas adequadas de anticoncepção e sua prática (LINDNER; COELHO; BÜCHELE, 2013).

Também foi constatada a evasão das mulheres ao longo do tempo, à medida que deixavam de utilizar os métodos contraceptivos ofertados no serviço público e passavam a obtê-los no setor privado. Essa situação remete à precária captação das puérperas ao longo do primeiro ano, com drástica diminuição da realização da revisão puerperal remota e tardia em comparação a precoce. Um estudo realizado com puérperas em Minas Gerais verificou situação semelhante, na qual 40,2% das puérperas pretendiam obter o método escolhido em farmácias (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011).

As lacunas deixadas pelo serviço público no Brasil em relação atenção à saúde reprodutiva denotam a restrição na distribuição dos contraceptivos, pouco envolvimento da equipe e a baixa adesão feminina às atividades propostas. Destaca-se que esses fatores são agravados quando o serviço de saúde desconsidera a influência do gênero na vivência feminina quanto à contracepção (MEDEIROS et al., 2016).

A fragilidade do acompanhamento ao planejamento reprodutivo pelo serviço de saúde foi reforçada quando verificou-se reincidência de gravidez em algumas mulheres no puerpério tardio e remoto, confirmando o risco de partos prematuros em intervalos curtos de gestações. O principal motivo relatado para não fazer uso de contraceptivo foi a opção de não evitar uma nova gestação. Esta situação faz emergir aspectos que envolvem as relações de gênero, crenças e atitude em saúde, e, neste paradigma, a concepção do papel feminino, cultural e socialmente construído, porém baseado na capacidade reprodutora. A maternidade é vista culturalmente como algo inerente à mulher, instintiva. Também a aptidão para gestar é atribuída historicamente como valor feminino

dentro da família (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014). Acredita-se que em nosso contexto social a ocorrência de uma gestação não seja suficiente para estimular a adesão ao planejamento reprodutivo, o qual só ocorre de forma significativa após repetição consecutiva da gravidez. A partir disso é que se dá uma busca desesperada pelo controle de natalidade (MOURA; GOMES, 2014; SANTOS; FREITAS, 2011).

A gravidez é decorrente da relação homem e mulher assim, espera-se que a anticoncepção seja uma decisão de ambos, igualmente envolvidos nesse processo. No entanto, muitas mulheres se encontram em um contexto de pouca ou nenhuma participação do parceiro, sendo a busca contraceptiva uma jornada solitária. Neste sentido, o serviço de saúde deve se organizar para promover um programa de planejamento reprodutivo que viabilize o respeito à autonomia da mulher, traduzido pelo resgate do cuidado integral ao corpo feminino, seu caráter biológico, emocional e social, e para exercício da paternidade responsável.

3 Conclusão

A hipótese dessa pesquisa confirmou-se parcialmente, pois as crenças e atitudes das mulheres influenciaram na não adesão aos métodos contraceptivos. No entanto as fragilidades identificadas no serviço de saúde, como descontinuidade no acompanhamento da revisão puerperal, assistência e orientações voltadas principalmente para saúde da criança, além da baixa inscrição das mulheres no programa de planejamento reprodutivo durante todo o período do primeiro ano após o parto mostraram-se fortemente influentes na não adesão ao cuidado reprodutivo por meio do uso de contraceptivos.

Embora o pós-parto seja um período de vulnerabilidade feminina, constatamos no estudo uma restrição na aplicação das políticas de saúde sexual e reprodutiva. É emergente o resgate e a aplicação do conceito de planejamento reprodutivo, já que as demandas desse período necessitam de ações efetivas do serviço de saúde e comprometimento dos profissionais de saúde.

4 Referências

ARAÚJO, A. P.; OLIVEIRA, C. A.; GERMANO, E. L.; SANTOS, T. A. S. o pluralismo familiar e a liberdade de constituição de uma comunhão da vida familiar. **JUDICARE**, Faculdade de Direito de Alta Floresta, MT, 2016, v. 9, n. 1.

BAHAMONDES, L.; PINHO, F.; MELO, N. R.; OLIVEIRA, E.; BAHAMONDES, M. V. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2011, 33(4), p. 303-9.

BERNARDI, M. C.; CARRARO, T. E.; SEBOLD, L. F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011, 12, n. esp., p. 1074-80.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2488. Aprova a política nacional de atenção básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica para estratégia saúde da família (ESF) e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do Governo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CASTRO, S; ROCHA, F. C. G; GÓIS, E.G; SOUSA, D. J; GÓIS, E.G; CARVALHO, M.L. Métodos contraceptivos utilizados no planejamento familiar em mulheres de baixa renda em São Luís –MA. **Revista Interdisciplinar**. 2015, 8(1), p.29-136.

CONCEIÇÃO, S. P.; FERNANDES, R. A. Q. Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. **Escola Anna Nery**. 2015, 19(4), p. 600-605.

COSTA, A.; ROSADO, L.; FLORÊNCIO, A.; XAVIER, E. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, jan./mar. 2013, v. 37, n. 1, p. 74-86.

DARSIE, C; ROCHA, C. F; SILVA, V. C; KOETZ, A. P. M; GAMA, A; S. DIAS. Saúde sexual e reprodutiva e planejamento familiar no contexto de imigrantes brasileiras e africanas que vivem em Portugal. **Revista Sanare de Políticas Públicas**. 2015, 13(2).

EVANGELISTA, C. B.; BARBIERI, M.; SILVA, P. L. N. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planejamento familiar. **J. res.: fundam. care. Online**, abr./jun. 2015, 7(2), p. 2464-2474.

FERREIRA, R. V.; COSTA, M. R.; MELO, D. C. S. Planejamento Familiar: gênero e significados. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, jul./dez. 2014, v. 13, n. 2, p. 387-397.

FONSECA, A. C. N.; GOMES, A. T.; BARRETO, J. G. Distribuição de anticoncepcionais em uma farmácia básica no município de São José do Calçado – ES. **Acta Biomédica Brasiliense**, 2015, v. 1, p. 10-20.

LINDNER, S. R.; COELHO, E. B. S.; BÜCHELE, F. O discurso e a prática de médicos sobre Direitos Reprodutivos. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, 2013, v. 4, n. 3, p. 98-106.

LUIZ, M. S.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Saúde Debate**. 2015, v. 39, n. 106, p. 671-682.

MACHADO, A. S. T.; SANTOS, L. O. S.; SILVEIRA, L. L.; CAVALCANTE, T. C. S.; MOURA, M. R. W.; FRANÇA, A. M. B. Adequação das práticas de distribuição de insumos do planejamento familiar no município de Maceió – AL. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 1, n. 3, nov. 2013, p. 101-110.

MEDEIROS, L. S.; COSTA, A. C. M. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene**, 17(1), jan-fev, 2016, p. 112-9.

MEDEIROS, T. F. R.; SANTOS, S. M. P.; XAVIER, A. G.; GONÇALVES, R. L.; MARIZ, S. R.; SOUSA, F. L. P. Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. **Rev Gaúcha Enferm**, jun. 2016, 37(2), e57350.

MORAIS, A. C. B.; CRUZ, R. S. B. L.; PINTO, S. L.; AMORIM, L. T. C. G.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação masculina no planejamento familiar: o que pensam as mulheres? **Cogitare Enferm**, out./dez. 2014, 19(4), p. 659-66.

MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014, 19(3), p. 853-863.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T.; CORRÊA, A. C. P.; TOMIYOSHI, J. T.; TEIXEIRA, R. C. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, jul-set 2013, 17(3), P. 446-454.

PAIVA, C. C. N.; VILLAR, A. S. E.; SILVA, M. D. B.; SOUZA, N. A.; LEMOS, A. Temas abordados nos grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Rev Fund Care Online**, jul/set 2016; 8(3), p. 4872-4881. DOI: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4872-4881>>.

PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R.; MIRANZI, M. A. S. Intenção de uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um Hospital universitário. **Rev Rene**, Fortaleza, jan/mar 2011; 12(1), p.150-7.

PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R.; MIRANZI, M. A. S. Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. **Cienc Cuid Saude**, abr/jun 2010, 9(2), p. 262-268.

PEREIRA, M. C.; GRADIM, C. V. C. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **Cienc Cuid Saude**, jan/mar 2014, 13(1), p. 35-42.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nov-dez 2010, 18(6).

POPULATION REFERENCE BUREAU. **Family planning worldwide – 2013 Data Sheet**. Washington (DC): Population Reference Bureau, 2013.

PRIETSCH, S. O. M.; GONZALEZ-CHICA, D. A.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, out. 2011, 27(10), p. 1906-1916.

SANTOS, J. C; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011, 16(3): 1813-1820.

SOUZA, I. B. J.; QUEIROZ, R. C. C. S.; CARVALHO, L. K. C. A.; CUNHA, C. L. F.; LAGO, E. C.; ARAÚJO, T. M. E. Ligadura tubária em mulheres de um município do interior do Maranhão. **R. Interd.**, out./nov./dez. 2013, v. 6, n. 4, p. 17-24.

TINTORI, J. A.; CRUZ, L. F.; SIMON, C. P.; SANTOS, D. B. Conhecimento, utilização e orientação sobre métodos contraceptivos com mulheres. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, jan./jun. 2016, v. 15, n. 1, p. 169-179.

World Health Organization (WHO). **Sexual and reproductive health core competencies in primary health care, 2011**. In.:http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf. Disponível na internet, may, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de Registro de Dados

Data do Parto: ____/____/____. Data da Entrevista: ____/____/____. Registro Hospital: _____.																																																										
Nome da Puérpera: _____.																																																										
Endereço: _____ N°: _____ Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____																																																										
Endereço 2: _____ N°: _____ Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____																																																										
ID Municipal:																																																										
Entrevistador:																																																										
I. Aspectos Sociodemográficos																																																										
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: Se atividade	(1) Remunerada (2) Não remunerada Qual? _____		Entrevista																																																							
6. Classe social segundo a classificação da ABEP ¹ : (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																																																							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th>Posse de itens</th> <th>Quantidade 0 1 2 3 4 ou +</th> <th>Grau de Instrução do Chefe de Família</th> <th>Cortes do Critério Brasil Classe</th> <th>Pontos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisão em cores</td> <td>0 1 2 3 4</td> <td>Analfabeto/</td> <td>0</td> <td>A1 42 - 46</td> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td>0 1 2 3 4</td> <td>Fundamental 1 Incompleto</td> <td></td> <td>A2 35 - 41</td> </tr> <tr> <td>Banheiro</td> <td>0 4 5 6 7</td> <td>Fundamental 1 Completo /</td> <td>1</td> <td>B1 29 - 34</td> </tr> <tr> <td>Automóvel</td> <td>0 4 7 9 9</td> <td>Fundamental 2 Incompleto</td> <td></td> <td>B2 23 - 28</td> </tr> <tr> <td>Empregada mensalista</td> <td>0 3 4 4 4</td> <td>Fundamental 2 Completo/</td> <td>2</td> <td>C1 18 - 22</td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar</td> <td>0 2 2 2 2</td> <td>Médio Incompleto</td> <td></td> <td>C2 14 - 17</td> </tr> <tr> <td>Videocassete e/ou DVD</td> <td>0 2 2 2 2</td> <td></td> <td>4</td> <td>D 8 - 13</td> </tr> <tr> <td>Geladeira</td> <td>0 4 4 4 4</td> <td>Médio Completo/</td> <td></td> <td>E 0 - 7</td> </tr> <tr> <td>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</td> <td>0 2 2 2 2</td> <td>Superior Incompleto</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Superior completo</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Posse de itens	Quantidade 0 1 2 3 4 ou +	Grau de Instrução do Chefe de Família	Cortes do Critério Brasil Classe	Pontos	Televisão em cores	0 1 2 3 4	Analfabeto/	0	A1 42 - 46	Rádio	0 1 2 3 4	Fundamental 1 Incompleto		A2 35 - 41	Banheiro	0 4 5 6 7	Fundamental 1 Completo /	1	B1 29 - 34	Automóvel	0 4 7 9 9	Fundamental 2 Incompleto		B2 23 - 28	Empregada mensalista	0 3 4 4 4	Fundamental 2 Completo/	2	C1 18 - 22	Máquina de lavar	0 2 2 2 2	Médio Incompleto		C2 14 - 17	Videocassete e/ou DVD	0 2 2 2 2		4	D 8 - 13	Geladeira	0 4 4 4 4	Médio Completo/		E 0 - 7	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 2 2 2 2	Superior Incompleto	4				Superior completo	8			
Posse de itens	Quantidade 0 1 2 3 4 ou +	Grau de Instrução do Chefe de Família	Cortes do Critério Brasil Classe	Pontos																																																						
Televisão em cores	0 1 2 3 4	Analfabeto/	0	A1 42 - 46																																																						
Rádio	0 1 2 3 4	Fundamental 1 Incompleto		A2 35 - 41																																																						
Banheiro	0 4 5 6 7	Fundamental 1 Completo /	1	B1 29 - 34																																																						
Automóvel	0 4 7 9 9	Fundamental 2 Incompleto		B2 23 - 28																																																						
Empregada mensalista	0 3 4 4 4	Fundamental 2 Completo/	2	C1 18 - 22																																																						
Máquina de lavar	0 2 2 2 2	Médio Incompleto		C2 14 - 17																																																						
Videocassete e/ou DVD	0 2 2 2 2		4	D 8 - 13																																																						
Geladeira	0 4 4 4 4	Médio Completo/		E 0 - 7																																																						
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 2 2 2 2	Superior Incompleto	4																																																							
		Superior completo	8																																																							

7. Local do parto:	(1) Maternidade Municipal (2) Outro Onde?_____.	Entrevista
II. Dados Obstétricos		
8. N° de gestações:	_____.	Cartão de pré-natal
9. N° de partos anteriores:	_____.	Cartão de pré-natal
10. N° de cesarianas prévias:	_____.	Cartão de pré-natal
III. Planejamento Reprodutivo		
11. 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
12. 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
IV. Revisão Puerperal		
13. A puérpera retornou para a revisão precoce?	(1) Sim (2) Não Se não, qual conduta tomada? _____ _____	Observação
14. Quem realizou a consulta?	(1) Médico (2) Enfermeira (3) Residente (4) Outro	Observação
15. 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 Outras, quais?_____	Observação
16. Realizada a contrarreferência:	(1) Cuidados RN (2) Cuidados Mulher (3) Cuidados Mulher/RN (4) Não realizada	Observação
VI. 1ª Visita Domiciliar		
17. Número de moradores (todas as pessoas que moram no domicílio)	Número:_____.	Entrevista

18. Renda da família (incluir a soma de todas as fontes de renda de todos moradores)	R\$ _____. Obs: _____ _____.	Entrevista
VII. Revisão Puerperal		
19. Recebeu visita domiciliar (VD) de um profissional da UBS até o 7º dia após o parto:	(1) Sim. Quem? (1) Médico (5) Téc. de Enfermagem (2) Enfermeiro (6) Pastoral da Saúde (3) Agente comunitário (7) Outro _____. (4) Residente Enfermagem (2) Não - Por que e como se sentiu? _____ _____.	Entrevista
20. Avaliaram as mamas:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
21. Avaliaram o útero:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
22. Avaliaram a incisão cirúrgica/episiotomia/ períneo:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
23. Observaram os lóquios:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
24. Observaram a mamada:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
25. Pesaram o RN:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
26. Realizaram exame físico no RN:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
27. Agendaram a puericultura e vacina:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
28. Agendaram a revisão puerperal tardia na UBS:	(1) Sim (2) Não, Por quê? _____ _____.	Entrevista
29. Qual profissional realizou o atendimento na revisão puerperal tardia?	(1) Médico G.O. (5) Agente comunitário (2) Enfermeiro (6) Outro _____. (3) Residente enfermagem (7) Não realizou (4) Téc. de enfermagem	Entrevista
30. Agendado coleta de Citologia Oncótica (CO)?	(1) Sim (2) Não	
31. Agendado Ultrassom das mamas?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
VIII. Planejamento Reprodutivo		
32. Está grávida novamente?	(1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	Entrevista
33. Foi inscrita no programa de planejamento familiar?	(1) Sim (2) Não (3) Não Sabe	Entrevista
34. Em uso de método contraceptivo?	(1) Sim (2) Não Qual? _____.	Entrevista

35. Onde foi ofertado o método contraceptivo?	(1) Maternidade Municipal (MMLB) (2) UBS (3) Outro _____.	Entrevista
36. Compareceu a consulta no Ambulatório de Puerpério Imediato da MMLB?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ _____.	Entrevista
37. 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

2ª Visita Domiciliar

IX. Aspectos Sociodemográficos Atuais da PUÉRPERA

38. Idade: (Escrever na íntegra)anos	Entrevista								
39. Situação Conjugal:	(1) Com companheiro/Parceiro (2) Sem Companheiro/Parceiro	Entrevista								
40. Ocupação:	(1) Remunerada Qual?..... Carga horária semanal..... Quem cuida do seu bebê..... Que idade seu bebê estava quando retornou ou começou a trabalhar..... Cumpriu a Licença Maternidade 4/6 meses (1) Sim (2) Não Motivo..... (2) Não remunerada	Entrevista								
41. Renda da Família (salário mínimo R\$776,00 do Brasil e R\$ 876,00 do Paraná. (Anotar número de salários mínimos) (1) Depende da aposentadoria de algum parente R\$......(Anotar o valor aproximado desta aposentadoria)	Entrevista								
42. Apoio do Governo (ex. bolsa família, vale gás, leite, salário penitenciário, outros)	(1) Sim Qual (is)..... (2) Não	Entrevista								
43. 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								
	<table border="1"> <tr> <td>Posse de itens</td> <td>Grau de Instrução do Chefe de Família</td> <td>Cortes do Critério Brasil</td> </tr> <tr> <td>Quantidade</td> <td></td> <td>Classe Pontos</td> </tr> <tr> <td>0 1 2 3 4 ou +</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Posse de itens	Grau de Instrução do Chefe de Família	Cortes do Critério Brasil	Quantidade		Classe Pontos	0 1 2 3 4 ou +	
Posse de itens	Grau de Instrução do Chefe de Família	Cortes do Critério Brasil								
Quantidade		Classe Pontos								
0 1 2 3 4 ou +										

	Televisão em cores 1 2 3 4	0	Analfabeto/ 0	46	A1	42 -	
	Rádio 0 1 2 3 4		Fundamental 1 Incompleto	41	A2	35 -	
	Banheiro 0 4 5 6 7		Fundamental 1 Completo / 1	34	B1	29 -	
	Automóvel 0 4 7 9 9		Fundamental 2 Incompleto	28	B2	23 -	
	Empregada mensalista 0 3 4 4 4		Fundamental 2 Completo/ 2	22	C1	18 -	
	Máquina de lavar 0 2 2 2 2		Médio Incompleto	17	C2	14 -	
	Videocassete e/ou DVD 0 2 2 2 2		Médio Completo/ 4	13	D	8 -	
	Geladeira 0 4 4 4 4		Superior Incompleto	7	E	0 -	
	Freezer 0 2 2 2 2 (aparelho independente ou parte da geladeira duplex		Superior completo 8				
X. Revisão Puerperal							
44. Você RECEBEU VISITA DE ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE DA UBS em sua casa? (O profissional de saúde foi até a casa da mulher)	(1) Sim Qual? (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Tec. Enfermagem/Aux. Enferm. (4) ACS - Agente Comunitário de Saúde (5) Outros _____ Para que? _____ O que orientou? _____ (1) Não						Entrevista
45. AGENDARAM A REVISÃO PUERPERAL REMOTA (após 43º dia pós-parto) na UBS:	(1) Sim (2) Não, Por quê? _____ (3) Não sabe						Entrevista
46. Qual PROFISSIONAL REALIZOU O ATENDIMENTO na revisão puerperal remota na UBS? (Na revisão puerperal depois do 43º dia pós-parto)	(1) Médico G.O. (2) Enfermeiro (3) Residente enfermagem (4) Téc. de enfermagem (5) Outro _____ (6) Não realizou						Entrevista
47. Quais ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM você recebeu relacionadas aos cuidados com o próprio corpo na consulta de revisão puerperal ? (Assinalar uma ou mais orientações recebidas pela mulher e descrever na íntegra outras orientações recebidas)	(1) Cuidados com as mamas (2) Cuidados com a cicatriz cirúrgica ou episiorrafia (3) Peso Corporal (4) Higiene da genitália e ânus (5) Relação Sexual (6) Métodos Contraceptivos (7)Outros. _____ _____ _____						Entrevista
X. Planejamento Reprodutivo							
48. Foi INSCRITA NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____ (3) Não Sabe						Entrevista

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

 Universidade Estadual de Londrina 	
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:	16/07/2013
Pesquisador(a):	Érica Mairene Bocate Teixeira
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em 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 o projeto: "DIAGNÓSTICO DO ITINERÁRIO PUERPERAL NO MUNICÍPIO DE LONDRINA."	
Situação do Projeto: APROVADO 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.	
Londrina, 16 de julho de 2013.	
 Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Universidade Estadual de Londrina	
	

ANEXO B

Autorização da Autarquia Municipal de Saúde

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ**A U T O R I Z A Ç Ã O D E P E S Q U I S A****C.D.0026/2013/CEEPC/GPQS/AMS/PML.**

Informamos para fins de realização da pesquisa: "DIAGNÓSTICO DO ITINERÁRIO PUERPERAL NO MUNICÍPIO DE LONDRINA" na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela professora Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli do Departamento de Ciências da saúde da Universidade Estadual de Londrina, e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Resolução CNS 466/dezembro/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável CEP/UEL: 120/2013 do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, registro no CONEP 5231, datado de 16 de julho de 2013, devendo haver planejamento prévio com as Unidades de Serviço envolvidas.

Londrina, 16 de julho de 2013.



Enf. Rosaria Mestre Marques Okabayashi
Coord. Estágio/Educação Permanente e Continuada
GPQS/DGIES/AMS/PML

Sueli Inocente
Enfermeira - COREN-PR 14420
Mat. 11383-2 - AMS/PML

ANEXO C

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Emenda



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

Parecer de Emenda CEP/UEL:	234/2014
CAAE:	19352513.9.0000.5231
Data da Relatoria:	28/02/2014
Pesquisador(a):	Áurea Fabricia Amâncio Quirino
Unidade/Órgão:	CCS – Departamento de Enfermagem – Mestrado em Enfermagem
<p>Prezado(a) Senhor(a):</p> <p>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 o projeto:</p> <p align="center">"FATORES DE RISCO PARA MORBI-MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL: DA GESTAÇÃO AO PRIMEIRO ANO PÓS-PARTO."</p>	
<p>Emenda: Apresentação de subprojeto "Fatores que Influenciam no Autocuidado da mulher no primeiro ano pós-parto" que atende a um dos objetivos do projeto maior e resultará em dissertação de mestrado acadêmico.</p>	
<p>Situação do Projeto: Aprovado</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.</p>	
<p align="center">Londrina, 28 de fevereiro de 2014.</p> <p align="center">  Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Universidade Estadual de Londrina </p> <p align="right">  </p>	