



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ÉRICA MAIRENE BOCATE TEIXEIRA

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

Londrina
2015

ÉRICA MAIRENE BOCATE TEIXEIRA

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

Dissertação apresentada 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
2015

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

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

T266a	<p>Teixeira, Érica Mairene Bocate. Acompanhamento da revisão puerperal : acesso, adesão e organização do serviço de saúde/ Érica Mairene Bocate Teixeira. – Londrina, 2015. 116 f.: il.</p> <p>Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015. Inclui bibliografia</p> <p>1. Enfermagem na saúde e higiene da mulher – Teses. 2. Cuidado pós-natal – Teses. 3. Serviços de saúde para mulheres – Teses. 4. Visita domiciliar – Teses. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 616-083:618.2</p>
-------	---

ÉRICA MAIRENE BOCATE TEIXEIRA

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

Dissertação apresentada 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. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Gonzales Riesco Bellini
Universidade de São Paulo – USP

Londrina, 13 de fevereiro de 2015.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo amparo nas horas difíceis, por me dar forças para superar as adversidades e mostrar o caminho certo a ser percorrido.

A minha mãe pelo seu sacrifício e batalha para me prover uma boa educação e por quase entender os muitos momentos de ausência. Essa vitória também é sua!

Ao meu esposo Renato pelo seu amor, serenidade, cumplicidade e acima de tudo por acreditar em mim, por me fazer entender que não há barreiras que não possa transpor.

A minha orientadora Alexandrina pela “adoção”, zelo, empenho, paciência em suas incansáveis explicações e principalmente, por compartilhar seus conhecimentos de maneira simples e natural. Obrigada por ser minha amiga e ter entendido e lapidado minhas limitações.

A professora Rosângela Pimenta Ferrari pela sensibilidade e acolhimento.

A professora Sandra Mara Maciel pelo carinho e valiosa contribuição neste trabalho.

A professora Maria Luiza Riesco pela honra de compor essa banca.

A Mariana Faria por sua amizade, leveza, meiguice e por estar sempre disposta a ajudar.

À amiga Renata “Malves” pela alegria, troca de experiências e suporte durante essa jornada.

À amiga e companheira Fabiana Ozaki por estar sempre ao meu lado, juntas formamos uma dupla “dinâmica”. Obrigada pela companhia e dedicação.

À Márcia Canário, Aliny Do Carmo e Karina Brondani pelo comprometimento e empenho durante toda a pesquisa.

Aos funcionários da Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, especialmente a enfermeira Adriane e a querida Teresinha pela acolhida, amizade e momentos agradabilíssimos.

E, especialmente, a todas as mulheres que contribuíram para a realização desse estudo. Meu sincero carinho e gratidão.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo de travessia e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Teixeira de Andrade

TEIXEIRA, Érica Mairene Bocate. **Acompanhamento da revisão puerperal: acesso, adesão e organização do serviço de saúde.** 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

A revisão puerperal visa diminuir a incidência de agravos e sua efetivação na atenção primária ainda não foi consolidada. Esta pesquisa objetivou analisar o acompanhamento da revisão puerperal de risco habitual e intermediário, por meio do acesso, adesão e organização do serviço de saúde na atenção primária, do puerpério imediato ao tardio. Trata-se de estudo de coorte prospectivo embasado no referencial teórico-metodológico do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde. A amostra foi composta por 358 puérperas. A coleta dos dados foi realizada de Julho de 2013 à Março de 2014 e dividida em três momentos sequenciais. No primeiro procedeu-se à identificação da mulher, no alojamento conjunto da Maternidade Municipal Lucilla Ballalai (MMLB) e início de seguimento com transcrição dos dados socioeconômicos, do cartão de pré-natal e da história obstétrica. No segundo momento, após a alta hospitalar, procedeu-se o acompanhamento da consulta de Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial (RPPA) até o 10º dia pós-parto na MMLB, para observação da adesão e cuidados ofertados. No terceiro momento, procedeu-se à Visita Domiciliar (VD), decorridos 42 dias de pós-parto, para obtenção dos dados referentes à Revisão Puerperal Precoce Domiciliar (RPPD) e à Revisão Puerperal Tardia (RPT) na atenção primária, bem como, a procura das mulheres por cuidado de saúde. Utilizou-se os Testes Qui-quadrado, Exato de Fisher ($p \leq 0,05$) e regressão logística multivariada para busca de associações entre as variáveis independentes e dependentes [tipo de atendimento no puerpério imediato] e [revisão puerperal tardia na atenção primária] estruturadas nos constructos biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização do serviço de saúde. Observou-se que 21,2% das puérperas tinham até 19 anos; 78,8% eram jovens adultas; 92,5% possuíam escolaridade baixa e média; 60,1% eram múltiparas e 58,9% do lar. No pós-parto imediato, 60,6% das mulheres realizaram a RPPA e 47,7% a RPPD. No puerpério tardio 63,1% das mulheres não realizaram a RPT na atenção primária. Houve associação estatisticamente significativa entre tipo de parto ($p \leq 0,002$); e orientações sobre o parto no pré-natal ($p \leq 0,036$) com o tipo de atendimento recebido no puerpério imediato, discutida no primeiro artigo desta dissertação. A análise univariada demonstrou associação estatisticamente significativa entre intercorrências intraparto ($p \leq 0,018$), RPPA ($p \leq 0,024$), aleitamento materno exclusivo ($p \leq 0,019$), RPPD ($p \leq 0,006$), agendamento da RPT na VD ($p = 0,000$) e o apoio do profissional de saúde após alta hospitalar ($p \leq 0,029$) e a RPT. Entretanto, o refinamento da análise por meio da regressão logística múltipla, evidenciou associação apenas da RPPD ($p = 0,001$) e do agendamento da RPT na VD ($p = 0,000$) com a RPT na atenção primária, discutidas no segundo artigo. Concluiu-se que há atuação pouco efetiva na dimensão microssocial, evidenciada pela baixa cobertura de acompanhamento domiciliar; vulnerabilidade das mulheres, sugerida pelo abandono do acompanhamento integral no pós-parto; exposição a risco no auto cuidado, traduzida pela baixa procura por cuidado de saúde pelas puérperas; pouca efetividade na implementação das ações programáticas com possibilidade de

consequências nocivas à população. A hipótese desse estudo comprovou-se parcialmente, pois não houve associação significativa com o constructo ambiente.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Saúde da mulher. Período pós-parto. Promoção da saúde. Visita domiciliar.

TEIXEIRA, Érica Mairene Bocate. **Monitoring of the postpartum review: access, adherence and organization of the healthcare service.** 2014. 116 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

ABSTRACT

The postpartum review aims to reduce the incidence of injuries; in addition its implementation in primary care has not yet been consolidated. This study aimed to analyze the monitoring of postpartum review in usual and intermediate risk, through access, adherence and health service organization in primary care, of the immediate to late puerperium. This is a prospective cohort study based on the theoretical-methodological referential of Lalonde's Health Field Concept. The sample was composed of 358 puerperae. Data collection was performed from July 2013 to March 2014 and divided into three sequential phases. In the first phase, we proceeded to the identification of women in the rooming of the Lucilla Ballalai Municipal Maternity (LBMM) and early follow-up with transcription of socioeconomic data, prenatal card and obstetric history. In the second phase, after discharge, we proceeded to the follow-up of the Early Puerperal Outpatient Review (EPOR) consultation by the 10th day after delivery in LBMM for observation of the adherence and offered care. In the third phase, we proceeded to the Home Visit (HV), after 42 days postpartum, to obtain data regarding the Early Puerperal Home Review (EPHR) and Late Puerperal Review (LPR) in primary care, as well, the demand of the women searching for healthcare care. We used the Chi-square Test, Fisher's exact Test ($p \leq 0.05$) and multivariate logistic regression Test to search for associations between the independent and dependent variables [type of care in the immediate postpartum] and [late postpartum review in primary care] structured constructs in human biology, environment, lifestyle and health service organization. It was observed that 21.2% of the puerperae had up to 19 years of age; 78.8% were young adults; 92.5% had low and medium education; 60.1% were multiparous and 58.9% home-makers. Immediate postpartum, 60.6% of women performed the EPOR and 47.7% to EPHR. In late postpartum, 63.1% women not performed the LPR in primary care. There was a statistically significant association between type of delivery ($p \leq 0.002$); and guidance on delivery in the prenatal ($p \leq 0.036$) to the type of care received in the immediate postpartum, discussed in the first article of this dissertation. The univariate analysis showed a statistically significant association between intrapartum complications ($p \leq 0.018$), EPOR ($p \leq 0.024$), exclusive breastfeeding ($p \leq 0.019$), EPHR ($p \leq 0.006$), scheduling of the LPR in the HV ($p = 0.000$) and the health professional support after hospital discharge ($p \leq 0.029$) and the LPR. However, the refinement of the analysis by multiple logistic regression, showed association of the EPHR ($p = 0.001$) and of the scheduling of the LPR in the HV ($p = 0.000$) with the LPR in primary care, discussed in the second article. It was concluded that there is little effective action on the micro scale, evidenced by low home care coverage; vulnerability of women, suggested by the abandonment of comprehensive postpartum monitoring; risk exposure in self-care, translated by low demand for health care for puerperae; little effectiveness in the implementation of program activities with the possibility of negative consequences for the population. The hypothesis of this study was proved in part, because there was no association with the construct environment.

Key words: Health public policy. Women's health. Postpartum period. Health promotion. Home visit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Constructos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde	34
Figura 2 – Cronologia dos acontecimentos no estudo de coorte	36
Figura 3 – Processo de amostragem	39
Figura 4 – Ordinograma demonstrando o progresso através de um estudo de coorte prospectivo. Londrina (PR), 2014	48

Artigo 1

Figura 1 – Fluxograma demonstrando o acompanhamento das mulheres no puerpério imediato no Município de Londrina (PR). 2014.....	57
--	----

Artigo 2

Figura 1 – Ordinograma demonstrando o acompanhamento das puérperas em um estudo de coorte prospectivo. Londrina, PR, 2014	81
--	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Diferenças entre o diagnóstico clínico e diagnóstico da comunidade....32
- Tabela 2** – Cronograma das etapas de coleta de dados, para o seguimento das puérperas atendidas na MMLB. Londrina (PR), 2014.....43

Artigo 1

- Tabela 1** – Distribuição das mulheres, segundo o tipo de atendimento recebido no puerpério imediato. Londrina (PR), 2014.....60
- Tabela 2** – Distribuição dos cuidados ofertados na revisão puerperal precoce ambulatorial e domiciliar no puerpério imediato, segundo as ações programáticas propostas pelo Município e Ministério da Saúde. Londrina (PR), 201463
- Tabela 3** – Relação entre o tipo de atendimento no puerpério imediato e as variáveis da história obstétrica. Londrina (PR), 201465

Artigo 2

- Tabela 1** – Relação entre a revisão puerperal tardia na atenção primária e características do constructo biologia humana. Londrina, PR, 201483
- Tabela 2** – Relação entre a revisão puerperal tardia na atenção primária e características do constructo estilo de vida. Londrina, PR, 2014.....85
- Tabela 3** – Relação entre a revisão puerperal tardia na atenção primária e características do constructo organização do serviço de saúde. Londrina, PR, 2014.....86
- Tabela 4** – Regressão logística múltipla entre as variáveis estatisticamente significantes do estudo e a revisão puerperal tardia na atenção primária. Londrina, PR, 2014.....87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde.
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MMLB	Maternidade Municipal Lucilla Ballalai
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-Nascido
RPPA	Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial
RPPD	Revisão Puerperal Precoce Domiciliar
RPT	Revisão Puerperal Tardia
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal e Puerpério
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAC	Unidade de Alojamento Conjunto
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	MOTIVAÇÃO DO ESTUDO	13
2	HIPÓTESE DO ESTUDO	14
3	OBJETIVOS	15
3.1	OBJETIVO GERAL	15
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4	INTRODUÇÃO	16
5	REFERENCIAL TEÓRICO	18
5.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	18
5.2	MORTALIDADE MATERNA.....	23
5.3	ASSISTÊNCIA À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.....	25
5.4	CONCEITO DE DIAGNÓSTICO EM SAÚDE.....	31
6	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
6.1	MODELO DE CAMPO DE SAÚDE DE LALONDE.....	33
7	MATERIAL E MÉTODO	36
7.1	TIPO DO ESTUDO.....	36
7.1.1	Vantagens e Limitações do Estudo de Coorte	36
7.2	LOCAL DO ESTUDO	37
7.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	39
7.3.1	Tamanho da Amostra.....	40
7.3.2	Critérios de Inclusão da Amostra	41
7.4	COLETA DE DADOS	41
7.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	43
7.5.1	Variáveis Do Estudo Distribuídas nos Constructos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde	45
7.6	ANÁLISE DOS DADOS	46
7.7	ASPECTOS ÉTICOS	47

7.8	ORDINOGRAMA DEMONSTRANDO O PROGRESSO ATRAVÉS DE UM ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO.....	48
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
8.1	ARTIGO 1	53
8.2	ARTIGO 2.....	76
9	CONCLUSÃO	95
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICES	105
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
	APÊNDICE B – Instrumento de Registro de Dados	108
	ANEXOS	114
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	115
	ANEXO B – Autorização da Autarquia Municipal de Saúde	116

1 MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

A assistência voltada à saúde da mulher é foco de interesse desde minha formação acadêmica. No ano de 2007, a especialização em obstetrícia me proporcionou proximidade às mulheres que vivenciavam a gravidez, parto e puerpério.

Minha atuação profissional foi voltada à assistência à mulher no âmbito hospitalar e, por isso, despertou minha curiosidade sobre o acompanhamento das puérperas na atenção primária à saúde. Esse novo olhar para a problemática que envolve a revisão pós-parto me fez perceber que dentro do ciclo gravídico-puerperal pouco se discute sobre o puerpério.

Essa inquietação, em consonância com a demanda de diagnosticar o acompanhamento pós-parto no Município, a mim relatada pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde, deu início a esta pesquisa. Desta forma, espera-se contribuir para a melhoria e consolidação da consulta puerperal pelo enfermeiro no serviço da atenção primária, no intuito de qualificar a assistência à mulher, em especial, neste período.

2 HIPÓTESE DO ESTUDO

Acredita-se que os aspectos biológicos, o estilo de vida, o ambiente e a organização do serviço de saúde, influenciam o acesso e a adesão às ações em saúde inerentes ao atendimento programático, bem como a procura das mulheres por cuidado na revisão puerperal precoce e tardia na atenção primária à saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acompanhamento da revisão puerperal da mulher de risco habitual e intermediário, por meio do acesso, adesão e organização do serviço de saúde na atenção primária, do puerpério imediato (1º ao 10ª dia pós-parto) ao tardio (11º ao 42º dia pós-parto).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a população do estudo segundo a condição socioeconômica e história obstétrica.
- ✓ Analisar as ações programáticas ofertadas às mulheres no puerpério imediato.
- ✓ Resgatar o acompanhamento da atenção primária no puerpério tardio e a procura das mulheres por cuidado de saúde.

4 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher tem sido, ao longo das últimas décadas, tema de grande apreensão e argumentações. As vivências inerentes ao ciclo gravído- puerperal ocasionam grandes transformações na vida da mulher e o nascimento do filho é experiência singular, desse modo, merecem um cuidado distinto e específico dos profissionais de saúde, dos gestores e do governo (VIEIRA et al., 2011).

Vislumbrando essa importância, na década de 1980, perante movimentos feministas, o Ministério da Saúde (MS) introduziu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) visando, principalmente, a redução da mortalidade materna no país, no entanto, sofreu entraves operacionais e financeiros (LIMA, 2010). Com a finalidade de reduzir as desigualdades dos serviços de saúde, em 1994, foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de reorganizar os serviços de saúde, de maneira a assistir a população de uma área adscrita dentro de suas necessidades reais, no modelo de saúde com base na promoção da saúde e prevenção de agravos atendendo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (CORRÊA; DÓI, 2014).

Neste contexto, o MS, no ano 2000, lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), ainda com vistas à redução as taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, mas também, com o objetivo de acrescer o acesso e a cobertura ao pré-natal, e assegurar a humanização e qualidade da assistência ao parto e puerpério (STRAPASSON; NEDEL, 2010). A despeito do protocolo com ações mínimas a serem desenvolvidas durante o ciclo gravídico-puerperal, nota-se que sua execução tem gerado disparidades na assistência da maioria das gestantes em diversas regiões do país (MARTINELLI et al., 2014).

A oferta de serviços de qualidade à mulher fundamentados em acesso, acolhimento e humanização é aquém das necessidades reais, potencializando os riscos de ocorrências relacionadas a saúde reprodutiva, elevando sobremaneira os problemas relacionados a gravidez, parto e puerpério (BRITTO, 2012).

A gravidez, parto e puerpério são permeados por valores e mudanças vivenciadas de maneira única pela mulher e seu parceiro, trata-se de um evento social que inclui sua família e a comunidade. O acolhimento à mulher nesta

fase de anseios, angústias, alegrias e insegurança, é imprescindível, para promover uma assistência técnica eficaz e humanizada (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011; TEIXEIRA; MANDÚ, 2012).

O cuidado dispensado à mulher, especificamente na fase puerperal, é apontado como insuficiente, uma vez que os serviços ainda não tem conseguido ofertar as ações mínimas preconizadas pelo MS (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012). Por outro lado, as mulheres também não têm aderido aos controles puerperais existentes, o que diminui a probabilidade do diagnóstico precoce de possíveis complicações evitáveis (BRASIL, 2012a; SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013).

O índice de mortalidade materna no país é elevado, atingindo, em 2010, 60,1/100.000 nascidos vivos, proporção muito aquém à proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 20/100.000. Observa-se que as mortes ocorrem principalmente por causas evitáveis, refletindo as condições tecnológicas, decorrente de intervenções, omissões e tratamento incorreto; econômicas e culturais precárias (REIS; PEPE; CAETANO, 2011; GALVÃO et al., 2014).

A baixa adesão à revisão puerperal precoce e tardia, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) em nível estacionário e estudos escassos no período puerperal somam-se à necessidade de visualizar como os serviços estão organizados para a oferta de cuidados à puérpera de risco habitual e intermediário.

Nesse sentido, frente ao exposto, este estudo propôs o diagnóstico do acompanhamento da puérpera, para responder ao Departamento de Atenção Primária Municipal, como o seguimento da mulher durante o puerpério imediato e tardio está ocorrendo na prática.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O movimento da reforma sanitária Brasileira, iniciado em meados da década de 1970, se destacou pela mudança alcançada após um extenso movimento de politização de saúde que desencadeou movimentos sociais, profissionais de saúde, universidade e partidos políticos (BRASIL, 2011a).

Essa marcha defendeu um modelo de saúde universal e integralizado, associando a saúde às condições gerais de vida, no qual os cuidados prestados excediam o curativismo, se estendiam à prevenção de agravos, melhoria das condições de vida causadoras de doenças na população e não somente em uma questão unicamente biológica (PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

Com essa perspectiva social, foi sancionada a Lei 8.080/1990 – a chamada Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a qual implantou o SUS alicerçado em princípios e diretrizes que asseguram a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, norteadas pelas doutrinas da universalidade, integralidade e equidade. Logo após, a Lei 8.142/90 assegurou a participação popular e o controle social por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 2011a).

Os princípios do SUS são voltados para a inclusão social nos três níveis de atenção: Primária, Secundária e Terciária, com responsabilidades nas três esferas do governo. A Atenção Primária à Saúde (APS) é porta preferencial de entrada para o sistema de saúde, destinada a rever e reorganizar o modelo e a prática assistencial, em substituição do modelo hegemônico, onde prevalece a cura da doença, a assistência tecnicista e hospitalocêntrica (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

É importante dizer que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considera análogos os termos Atenção Básica e Atenção Primária de Saúde. Dessa maneira, a Portaria GM nº 2.488/2011(BRASIL, 2011b), define a atenção básica por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Entende-se que esse modelo de atenção à saúde, centrado na hierarquização das ações e serviços em níveis de complexidade, tem o intuito de atender não só as necessidades de saúde, como também, os problemas sociais, econômicos e culturais, intersetorialmente, beneficiando homens e mulheres, na lógica do processo saúde-doença.

O processo saúde-doença tem relação estreita com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (VIANNA, 2011). O MS reconhece que as desigualdades entre homens e mulheres causam forte impacto nas condições de saúde das mesmas. Sendo que as mulheres adoecem mais que os homens, tanto pela sobrecarga da dupla jornada de trabalho quanto por outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual e idade, agravando as desigualdades vividas pela população feminina (BRASIL, 2011c).

Levando em consideração as históricas desigualdades entre os gêneros, sendo este o conjunto de relações, atributos, crenças e atitudes que determinam o significado de ser homem ou ser mulher, homens e mulheres estão expostos a padrões de sofrimento, risco e morte distintos. Nesse sentido torna-se fundamental vincular a perspectiva de gênero à análise do perfil epidemiológico e no planejamento das políticas de saúde, tendo como propósito a melhora da qualidade de vida, a igualdade e o direito à cidadania da mulher (BRASIL, 2013).

Nesse cenário de mudanças, o MS após influência de grupos feministas na década de 1980, rompeu os conceitos com os princípios norteadores da política de saúde, antes restrita ao ciclo gravídico-puerperal, e implantou, em 1984, o PAISM. O programa teve como objetivo propiciar às mulheres direitos sexuais e reprodutivos, integrando ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação durante todos os ciclos de vida, tornando-as sujeitos ativos de sua saúde (DIAZ et al., 2010; LEMOS, 2011).

Nestas três décadas, a implementação do PAISM foi muito diferenciada em todo país, revelando a heterogeneidade e complexidade das

estratégias adotadas. Embora os avanços obtidos na redução da mortalidade materna, o programa não alcançou integralmente seus objetivos, especialmente na assistência pré-natal, devido a entraves de ordem política, financeira e operacional (LIMA, 2010).

No início dos anos 1990, ocorreu a municipalização do SUS, atrelada a incentivos ofertados pelo MS que tinham como meta a estruturação das normas e do financiamento das ações locais (LAVRAS, 2011). Neste contexto, após uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi apresentado, em 1994, o PSF, com o intuito de reestruturar o modelo curativo centrado no indivíduo, articulando ações individuais e coletivas, curativas e preventivas na promoção de saúde e prevenção de agravos da população de uma área de abrangência determinada (NASCIMENTO, 2014).

O PSF, intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006, propõe a territorialização da atenção, por meio da equipe de saúde da família, de característica multiprofissional, composta no mínimo por um médico geral ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes podem ter outros profissionais, de acordo com as necessidades e peculiaridades dos serviços locais (FIGUEIREDO, 2010).

A equipe multiprofissional apresenta como principais atribuições o cadastramento, acompanhamento e assistência integral às famílias da área adstrita e também, elaborar atividades determinantes no processo saúde-doença, identificar situações de risco e vulnerabilidade, garantindo a escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo entre usuário-profissional aconteça de maneira efetiva. O cuidado deve acontecer no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS) e também no domicílio (FIGUEIREDO, 2011).

As UBSs devem se estabelecer em locais próximos de onde as pessoas residem, estudam e trabalham, assegurando o acesso à atenção à saúde. Já, o parâmetro para a implantação das unidades de saúde na comunidade é o risco social, isto é, as regiões com baixo nível educacional, altos índices de desemprego, entre outras adversidades sociais que atuam no risco à saúde (CHUNG, 2013).

Uma peça-chave da ESF é a Visita Domiciliar (VD), seja pela perspectiva de adentrar no ambiente familiar e explorar sua realidade, seja pela impossibilidade dos usuários dirigirem-se à UBS. O cuidado domiciliar contempla desde atividades simples às mais complexas, no âmbito de ações de educação,

prevenção, recuperação e promoção da saúde (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011; NASCIMENTO et al., 2013).

O MS, buscando a redução das taxas persistentes de mortalidade materna e perinatal e o aumento da qualidade da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, instituiu o PHPN em 2000, que consistiu na melhoria do acesso e ampliação da cobertura do atendimento pré-natal, provendo uma assistência de qualidade no acompanhamento da gestação, parto, puerpério e nos cuidados neonatais, com base em conceitos de humanização do cuidado e padronização de medidas ao atendimento às gestantes (BARBIERI et al., 2012).

O programa, igualmente, estabeleceu outros critérios e parâmetros para à assistência ao parto, ao recém-nascido, ao puerpério imediato, as intercorrências obstétricas e neonatais e ao período puerperal tardio. Os procedimentos mínimos a serem realizados por todas as gestantes estão embasados na realização de no mínimo de seis consultas pré-natais durante a gravidez, sendo a primeira até o 4º mês de gestação, uma consulta puerperal, imunização contra o tétano e duas rotinas de exames básicos, englobando sorologias para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Sífilis (POLIDO, 2010; ANDREUCCI et al., 2011).

Inerentes à humanização há duas características relevantes, a primeira é acolher a mulher, a família e o recém-nascido com ética, respeito e dignidade nas unidades de saúde, em ambiente institucional adequado, rompendo com o isolamento imposto, e a segunda é a precisão de evitar intervenções desnecessárias, que são cometidas frequentemente e que acarretam mais malefícios que benefícios (MORAIS, 2013).

Para o registro e controle das ações do PHPN, criou-se o SISPRENATAL, instrumento de cadastramento de gestantes e com lançamentos diários dos atendimentos, que possibilita avaliação constante dos indicadores produzidos. Nele, a assistência ao pré-natal só é concluída após a realização dos procedimentos mínimos estabelecidos (SANTOS, 2010).

Verifica-se que o PHPN, apesar de todos os benefícios esperados em função de suas propostas, já nasceu com um viés que se pode considerar preocupante, em relação ao acompanhamento da qualidade de saúde das puérperas, quando estabelece apenas uma consulta puerperal. Apesar dos avanços

obtidos, principalmente em relação à cobertura do pré-natal, persistem os desafios da atenção ao puerpério, ainda não consolidado (BRASIL, 2011c).

Ao intensificar esforços para atingir a meta do 5º Objetivo do Milênio até 2015, que se refere a melhorar a saúde das gestantes e estendendo as ações do PHPN, o Ministério da Saúde, em 2011, instaurou a Rede Cegonha, como uma estratégia para diminuir os indicadores de mortalidade materna, de práticas obstétricas prejudiciais, de evidências insuficientes e inadequadas, e reverter o panorama atual das ações que envolvem a assistência ao ciclo gravídico puerperal e saúde reprodutiva (GIOVANNI, 2013; MORAIS, 2013).

A Rede Cegonha tem como propósitos específicos fomentar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança que conceda à mulher viver a experiência da gravidez, do parto e do nascimento; a melhoria do acesso e da qualidade do pré-natal; o acolhimento da gestante à unidade de referência e resolutividade; a efetivação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, a opção pelo acompanhante no parto; o seguimento da criança nos dois primeiros anos de vida; e o acesso planejamento reprodutivo consciente, ou seja, para o exercício da paternidade (BRASIL, 2012b; MARTINELLI et al., 2014).

Salienta-se que a Rede Cegonha está na fase de implantação e será implementada, de maneira gradual, em todo o território nacional, até 2016, considerando os critérios epidemiológicos, tais como a densidade populacional, taxa de mortalidade infantil e razão de mortalidade materna (BRASIL, 2012b).

Na esfera estadual, implantou-se, em 2012, a Rede Mãe Paranaense, a qual é alicerçada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010), devido à necessidade de melhoria no acesso e na qualidade da atenção à saúde. A Rede nasceu, principalmente, pela estagnação dos indicadores de mortalidade materna e infantil e para o fortalecimento e organização da APS no Paraná. Têm como missão, assegurar o acesso e atenção, promovendo uma assistência segura e de qualidade na gravidez, parto e puerpério até as crianças com um ano de vida (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

As ações estabelecidas dentro da Rede Mãe Paranaense, dizem respeito à captação precoce da gestante; acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas e a realização dos exames pertinentes ao período gestacional; estratificação de risco das gestantes e das crianças e o seu atendimento em ambulatório especializado; vinculação ao hospital de referência

conforme o risco gestacional, proporcionando um parto seguro; realização da visita domiciliar precoce para puérperas e recém-nascidos até o 5º dia pós-parto, agendamento dos seguimentos apropriados à mulher e a criança na UBS. Destaca-se que a Rede Mãe Paranaense está presente nos 399 municípios do Estado e busca até o ano de 2020 atingir todos os objetivos propostos (PARANÁ, 2013a).

Mesmo identificando os avanços alcançados pelas políticas públicas de saúde, no nível da atenção primária, principalmente, na redução da mortalidade materna e infantil, e na maior promoção da equidade (CASTRO et al., 2012; SERRUYA, 2012); há que se reconhecer que existem entraves a serem superados na qualidade da assistência, perante a persistência do tecnicismo; a fragmentação do serviço de saúde, contradizendo a integração proposta entre os níveis de saúde; além, da baixa resolutividade e da variabilidade na cobertura da atenção primária à saúde (LAVRAS, 2011; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

5.2 MORTALIDADE MATERNA

A RMM traduz a qualidade de vida dos grupos populacionais, sua monitoração é imprescindível para fundamentar a resolução de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2012c). A morte materna é aquela que acontece durante a gravidez ou até 42 dias pós-parto, devido a problemas relacionados ou agravados pela gestação, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013).

Segundo Brayner (2011), o limite de 42 dias é um fator histórico, marcado mais por práticas religiosas e culturais do que por razões médicas. As mulheres que sobrevivem ao puerpério clássico podem vir a óbito por causas classificadas como maternas além do 42º dia pós-parto. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID 10) inclui-se uma nova categoria (096) no capítulo XV: "Morte Materna Tardia". Definida pela morte materna por qualquer causa obstétrica, entre o período do 42º dia a um ano após o parto.

Os óbitos maternos ocorrem por causas obstétricas diretas e indiretas. As diretas são provenientes de complicações na gravidez, no parto e no puerpério, resultantes de intervenções, omissões e tratamento incorreto e apontam para a qualidade precária do atendimento na atenção obstétrica. As indiretas, são

resultantes de doenças prévias ou adquiridas durante a gravidez que são agravadas pelo efeito fisiológico da gestação (BRASIL, 2012c).

A incidência de óbitos maternos evitáveis traduz as precárias condições econômicas, tecnológicas e culturais de um país ou de uma sociedade e constitui-se em uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres, tratando-se, portanto, de uma preocupação mundial (REIS; PEPE; CAETANO, 2011). A medicalização excessiva do parto contribui para o isolamento da gestante, falta de privacidade, desrespeito à sua autonomia e aumento do risco materno e perinatal (BRASIL, 2011c).

A atenção ao parto ainda é marcada por altos índices de intervenções obstétricas, segundo o DATASUS (BRASIL, 2011d) no âmbito nacional a proporção do parto cesáreo atingiu, em 2011, 53,88%; no Estado do Paraná a proporção, no mesmo período, foi de 60,63%. O alto grau de intervencionismo foi igualmente observado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) que revelou a proporção de 78,5% de episiotomias realizadas no Estado do Paraná em 2006 (BRASIL, 2009).

No nível municipal, em 2012, a incidência de cesarianas realizadas atingiu 61,6%, percentagens bem maiores do que os 15% preconizados pela OMS, e o parto normal 38,4% (PORTAL ODM, 2014). A taxa de procedimentos inadequados como a cesárea, episiotomia, anestesia, entre outros deve ser avaliada e priorizada pelos gestores e profissionais do serviço terciário de saúde na redução das mortes maternas evitáveis (SOARES et al., 2012).

A OMS considera como um indicador aceitável a RMM de 20/100.000 nascidos vivos. No Brasil a RMM, em 2010, foi de 60,1/100.000 nascidos vivos, sendo as principais causas: a hipertensão, a hemorragia, as complicações no parto, sepse e aborto (GALVÃO et al., 2014). No Paraná, a RMM, no triênio de 2009 a 2011, foi de 63,5/100.000 nascidos vivos, contabilizando os casos de H1N1 (PARANÁ, 2013b).

Para Souza et al. (2013) a hemorragia é a principal causa de mortalidade materna no mundo, englobando a anteparto, aquela do parto e a hemorragia pós-parto. A morte materna determinada pela hemorragia está vinculada ao tipo de controle realizado desde o trabalho de parto até o puerpério, devido à resposta tardia à perda de sangue (AMNESTRY INTERNATIONAL, 2010).

Neste contexto o Brasil, em 2010, reafirmou o compromisso com a Organização das Nações Unidas em alcançar os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio propostos até 2015. Sendo que o quinto objetivo refere-se a melhorar a saúde materna, buscando a redução da mortalidade materna (SAY et al., 2014).

5.3 ASSISTÊNCIA À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

O período puerperal, embora seja uma fase fisiológica, de manifestações involutivas ao estado pré-gravídico, pode ser definido por uma fase de possíveis complicações. Dessa maneira, o acesso e a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde têm relação de dependência com a redução da mortalidade materna, pois devem detectar precocemente as complicações e desenvolver as condutas efetivas cabíveis, caso contrário podem resultar em morbimortalidade materna e perinatal por causas evitáveis (ANGELO; BRITO, 2012).

Ao se evidenciar a análise do cuidado na fase puerperal, depara-se com uma situação de quase abandono da mulher. Apesar do MS preconizar as ações mínimas de vigilância à saúde a ser realizada nesse período, a organização dos serviços de saúde ainda se encontra em patamar inferior ao ideal para tornar essas práticas viáveis (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

A complexidade do puerpério é reconhecida não apenas pela experiência física, mas também pelo entrelaçamento de aspectos psicológicos, comportamentais, biológicos, socioculturais, econômicos e por questões de gênero. Dá-se início ao processo de aprendizagem do papel de mãe, à adaptação ao recém-nascido, às demandas da maternidade como a ansiedade, o medo e acima de tudo, à reestruturação das relações familiares (CABRAL; OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

O estabelecimento do recorte de tempo que abrange o puerpério aparece na literatura clássica de formas diferenciadas. Rezende (2006) o define como imediato do primeiro ao décimo dia da parturição; tardio, do 11º dia ao 45º dia e o remoto, do 45º dia em diante. Segundo Cunningham et al. (2010) o puerpério é definido pelo limite durante e logo após o parto e popularmente estendido por seis semanas. Para Francisco et al. (2012a) o período se divide em: puerpério imediato, até a segunda hora após o parto; puerpério mediato, da segunda hora até o décimo

dia e o puerpério tardio, que se estende do décimo dia até oito semanas após o parto.

Nesta pesquisa, o conceito de puerpério adotado será baseado na OMS, sendo definido como o período que se inicia logo após o nascimento da criança e se mantém por seis semanas após o parto (WHO, 2010a). Sua classificação é dividida em três estágios, sendo estes: o puerpério imediato, que corresponde ao período do primeiro ao décimo dia; o puerpério tardio, do 11º ao 42º dia; e o pós-parto remoto, a partir do 43º dia (LONDRINA, 2006).

Em relação à assistência puerperal no âmbito hospitalar, é pertinente ressaltar o quarto período do parto, ou período de Greenberg, que se estabelece no momento da saída da placenta e se estende até a segunda hora após o parto. Por se tratar de um período de risco materno, principalmente por atonia uterina, realiza-se controle rigoroso da pressão arterial e pulso a cada quinze minutos, constante avaliação da contratilidade uterina, assegurando a formação do globo de segurança de Pinard e monitorização contínua do sangramento vaginal (CUNNINGHAM et al., 2010).

Indica-se, portanto, a avaliação criteriosa da puérpera, mesmo na ausência de complicações, no mínimo uma hora após o parto pelo profissional de saúde, ainda que ocorra o encaminhamento da puérpera e seu filho para o alojamento conjunto após a finalização do parto. Esse período de vigilância, deve ser utilizado pelos profissionais para orientações sobre o puerpério, amamentação precoce, contato com o recém-nascido e cuidados específicos (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

No que concerne às alterações fisiológicas e anatômicas que se iniciam logo após o parto, destacam-se as hemodinâmicas, em que o aumento do retorno venoso eleva o débito cardíaco; as alterações tromboembolíticas, pelo aumento dos leucócitos, plaquetas e fibrinogênio; e as alterações urinárias, provenientes de trauma na uretra. O padrão respiratório, antes limitado pelo volume abdominal, retorna à normalidade devido à expansão pulmonar plena; o estômago sofre descompressão, pelo retorno das vísceras abdominais à situação de origem, otimizando seu esvaziamento; o útero sofre regressão ao estado pré-gravídico o que ocasiona o sangramento vaginal, denominado lóquio; e as alterações das mamas associadas à “descida” ou ejeção de leite (KALINOWSK, 2011; BRASIL, 2012a).

Por consequência destas grandes transformações em curto espaço de tempo, Rodrigues e Jorge (2010) relatam que o processo fisiológico ocorrido durante o puerpério imediato pode se converter em processo espoliativo. Entre as complicações do período evidenciam-se a síndrome hipertensiva, a hemorragia e infecção puerperal (MORSE et al., 2011).

Os distúrbios hipertensivos aparecem como a principal complicação durante a gravidez, com uma incidência de 5-10% das gestações, sinalizando um problema importante na saúde da mulher e da criança. No decorrer da gestação ocorre vasodilatação sistêmica generalizada, aumentando de 40 a 50% seu débito cardíaco. A hipertensão arterial (PA) é definida como uma PA sistólica ≥ 140 mmHg ou uma PA diastólica ≥ 90 mmHg. E, as síndromes hipertensivas são classificadas como: hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome HELLP e hipertensão crônica (MOUSSA; ARIAN; SIBAI, 2014).

Segundo Bramham et al. (2013) a pressão arterial geralmente cai imediatamente após o parto, então tende a subir, atingindo um pico de três a seis dias após o parto em mulheres normotensas e aquelas com hipertensão durante a gravidez, período esse em que a mulher já obteve alta hospitalar. A incidência do início da hipertensão puerperal é desconhecida, mas estima-se que ocorrem em 0,3 a 28% de mulheres.

É indispensável, portanto, o monitoramento rigoroso no puerpério, a fim de se detectar sinais e sintomas característicos e possíveis disfunções orgânicas, já que cerca de 10% dos óbitos maternos por doença hipertensiva da gestação ocorrem no puerpério (MAGEE; VON DADELSZEN, 2013).

Nos países em desenvolvimento a hemorragia no período puerperal acomete 1% das grávidas, com taxas que vão de 290 a 450 mortes para cada 100.000 nascimentos (WHO, 2010b). As causas hemorrágicas se dividem em precoce e tardia. Entre as causas precoces, ocorridas nas primeiras 24 horas após o parto, a principal é a atonia uterina que se apresenta em 80% dos casos. É caracterizada pela não contratilidade uterina e sangramento profuso, aumentando a incidência de choque hipovolêmico, transfusões sanguíneas e histerectomia (FRANCISCO et al., 2012b).

Nas hemorragias tardias, as puérperas são acometidas entre o período de 24 horas a doze semanas após o parto e resultam com maior frequência de retenção de fragmentos placentários. Outras causas associadas à hemorragia

são rotura uterina, doenças hipertensivas, partos instrumentados e indução por ocitócitos (FRANCISCO et al., 2012b).

As infecções pós-parto, embora menos comuns no século XXI, incluem a endometrite, bem como infecções de feridas abdominais e perineais. A infecção é a principal causa de febre no puerpério, a qual deve persistir por dois dias, dentro dos dez dias subsequentes ao parto, porém excluem-se as primeiras 24 horas. A via de parto é o fator de risco mais significativo para seu desenvolvimento. No parto vaginal sua incidência é de 0,9 a 3,9% e esses números sobem para 10% nas cesarianas. Com razão ainda desconhecida, as mulheres com baixo nível socioeconômico apresentam maior risco de desenvolver a infecção (FRANCISCO et al., 2012c).

A restauração do pós-parto pode ser interrompida pelos agravos comentados anteriormente, aumentando o potencial de readmissão da mulher em uma unidade de saúde e também pode interferir na ligação materno-infantil. Além disso, a infecção puerperal não reconhecida ou mal tratada pode se estender para outros locais pela circulação venosa ou pelo sistema linfático, sendo o risco de complicações graves ou sepse aumentado. Seu início, geralmente, ocorre após a alta hospitalar, dessa maneira, a educação detalhada para as mulheres irá incentivar os cuidados preventivos de saúde, o pronto reconhecimento e tratamento das complicações (KARSNITZ, 2013).

Considerando que em média, 98% dos partos realizados no País ocorrem em ambiente hospitalar (SOARES et al., 2012), a qualidade da assistência prestada no puerpério tem por finalidade detectar complicações obstétricas, garantir os cuidados e interação do binômio mãe-filho e assegurar a continuidade da assistência após deixar o hospital (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

No momento da alta hospitalar é importante que a mulher seja informada sobre os sinais e sintomas de complicações como dor, febre, mamas doloridas e hiperemiadas, corrimento vaginal anormal, atraso na involução uterina, frequência de micção, edema, secreção purulenta na espiorrafia ou incisão cirúrgica, vermelhidão, dor ou aumento do abdômen, sangramento vaginal excessivo e dor à palpação das pernas (HUSSEIN et al., 2014). Também deve ser instruída acerca das alterações fisiológicas como o tempo de descida do leite, cuidados com as mamas, ordenha manual, armazenamento do leite humano, perda de peso devido à diurese e padrão do lóquio (MARTUCHELI, 2010).

Em consonância ao preconizado pelo MS, a maternidade deve comunicar à equipe da atenção primária, na qual estão vinculados a mulher e Recém-Nascido (RN), sobre a alta hospitalar, bem como, relatar com clareza todos os dados importantes ao acompanhamento da saúde materna e infantil, para que se crie uma rede de proteção eficaz atendendo de forma personalizada e respeitando as particularidades dos clientes do serviço (BRASIL, 2012d).

Na necessidade de desvincular a saúde da mãe e do RN, propiciando um momento de atenção à saúde da mulher e oferta de ações educativas inerentes ao pós-parto, o MS preconiza a assistência puerperal em dois momentos, a revisão precoce que deve ocorrer no puerpério imediato, entre o sétimo e décimo dia em âmbito domiciliar e a revisão puerperal tardia que deve ocorrer no puerpério tardio entre o 30 e 42º dia após o parto, na UBS (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013).

As ações pretendidas na revisão puerperal precoce são: os dados do parto, possíveis intercorrências no parto ou pós-parto, realização da Testagem-HIV e Sífilis, uso de medicamentos, condições psicoemocionais e sociais, vínculo entre mãe e filho, incentivo ao aleitamento materno e orientações sobre o autocuidado. Na avaliação clínico-ginecológica visa-se verificar sinais vitais; observar o estado geral; examinar mamas; observar e avaliar a mamada; abdômen, verificando condição do útero e se há dor à palpação; períneo ou incisão cirúrgica; lóquio e constatar possíveis intercorrências como alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento ou odor fétido e sangramento. Outras ações incluem a pesagem e exame físico do RN, e agendamento da revisão pós-parto tardia na UBS, assim como, o seguimento de puericultura e vacina para o bebê (SÃO PAULO, 2010).

Na UBS, a revisão puerperal tardia deve-se reavaliar as condições de saúde da mulher e do RN, investigar o aleitamento materno, retorno do período menstrual e atividade sexual, e detectar possíveis intercorrências. Salienta-se que, durante o puerpério tardio, a equipe multidisciplinar deve estar atenta a reorganização psíquica da puérpera, devido mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares. As formas de sofrimento mental estão ligadas ao contexto socioeconômico, do suporte familiar e da história da própria mulher, dessa maneira, os profissionais tem a responsabilidade de identificar alterações emocionais,

procurando indícios de baby blues, depressão puerperal e, até, transtorno psicótico puerperal (BRASIL, 2012d).

Dentro do contexto da revisão tardia, no protocolo municipal vigente, o planejamento familiar é abordado no retorno da mulher à UBS, tendo em vista a consulta médica para prescrição de método contraceptivo, além dos agendamentos do exame preventivo de câncer cérvico-uterino e o exame de mama (LONDRINA, 2006).

Evidencia-se que as revisões puerperais representam uma alternativa para sanar as dúvidas das mulheres frente aos cuidados com seu corpo, com a criança, aleitamento materno e auxílio nas dificuldades existentes (KALINOWSK, 2011). Na atenção primária as equipes da ESF têm como princípio ofertar educação em saúde, estabelecendo relação entre a pessoa, o ambiente e sua percepção de saúde e doença, bem como as ações curativas e preventivas, proporcionando uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2012e).

O enfermeiro que integra a equipe de saúde da família favorece a materialização dos princípios que fundamentam o SUS. A visita domiciliar desempenhada pela enfermagem deve desenvolver ações educativas e práticas direcionadas à promoção da saúde. Esta por sua vez, visa capacitar a população a exercer a autonomia sobre a sua saúde, propiciando o bem-estar individual e coletivo (NASCIMENTO et al., 2013).

Os serviços de saúde devem proporcionar e articular uma assistência técnica eficaz e humanizada à mulher, contemplando os aspectos físicos, emocionais, relacionais e socioculturais do momento, envolvendo a mulher no seu próprio cuidado, a participação de sua família e da comunidade a qual está inserida. Os profissionais que atuam no período puerperal precisam avaliar as necessidades de saúde da mulher nos vários papéis que ela exerce e não somente o materno (TEIXEIRA; MANDÚ, 2012; ANGELO; BRITO, 2012).

Entretanto a visão de alguns profissionais e serviços de saúde ainda é a de relacionar a gestação, parto e puerpério com eventos de predominância biológico-patológica, evidenciando exclusivamente técnicas médico-intervencionistas em detrimento dos aspectos socioculturais inerentes ao cliente do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

5.4 CONCEITO DE DIAGNÓSTICO EM SAÚDE

A palavra diagnóstico tem origem do grego *diagnostikós* que é composto do prefixo *diá* (= através de) mais *gnose* que significa conhecimento (ZIMERMAN, 2012).

Historicamente, de acordo com o modelo de assistência à saúde medicalizado, um diagnóstico caracteriza o ato de determinar e conhecer a natureza de uma doença pela observação dos seus sinais e sintomas. Corresponde também, ao nome com que o médico qualifica a doença de acordo com os sinais detectados (GUARIDO, 2008).

Já o diagnóstico de enfermagem, analisa os dados acerca do cliente para identificar os problemas que irão constituir a base do plano de cuidados (NANDA, 2012). O conceito do diagnóstico de enfermagem, proposto pela taxonomia da *North American Nursing Diagnoses Association* - NANDA (2012, p. 103) é definido pelo:

[...] julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.

Diferentemente do diagnóstico clínico abordado, o qual estuda o processo saúde-doença em indivíduos com o objetivo de tratar e curar casos isolados, a Epidemiologia, por meio do estudo de coorte, preocupa-se com o processo de ocorrência de doenças, mortes, quaisquer outros agravos ou situações de risco à saúde de grupos populacionais, com o objetivo de propor estratégias que melhorem o nível de saúde dos indivíduos que compõem esses grupos ou da comunidade na qual estão inseridos. Um dos meios para se conhecer como se dá o processo saúde-doença nesses contextos é o diagnóstico comunitário de saúde. O diagnóstico comunitário, evidentemente, difere do diagnóstico clínico em termos de objetivos, informação necessária, plano de ação e estratégia de avaliação (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2015) (Tabela 1).

Tabela 1 – Diferenças entre o diagnóstico clínico e diagnóstico da comunidade.

	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Comunitário
Objetivo	Curar a doença da pessoa	Melhorar o nível de saúde da comunidade
Informação necessária	História clínica Exame físico Exames complementares	Dados sobre a população Doenças existentes Causas de morte Serviços de saúde, etc.
Tipo de diagnóstico	Diagnóstico individual	Diagnóstico de grupos populacionais/ comunidades
Plano de ação	Tratamento Reabilitação	Programas de saúde prioritários
Avaliação	Acompanhamento clínico (melhora/cura)	Mudanças no estado de saúde da população

Fonte: Soares, Andrade e Campos (2015).

Neste estudo, faz-se pertinente o uso do conceito de diagnóstico de grupos populacionais e/ou comunidades, em razão da proposta apresentada, de análise do acompanhamento do período puerperal, pelos serviços de saúde. As informações viabilizadas neste diagnóstico, certamente poderão ser utilizadas como base para revisão das ações programáticas vigentes no município em estudo e se necessário, para mudanças que resultem em impacto positivo no estado de saúde dessa população.

6 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

6.1 MODELO DE CAMPO DE SAÚDE DE LALONDE

Uma saúde de qualidade é o alicerce onde se constrói o progresso da sociedade. O sistema de saúde é apenas um dos vários caminhos para melhorar e manter a saúde da população. O padrão de vida, as medidas sanitárias e os avanços na medicina são outras medidas a serem consideradas. No entanto, ao mesmo tempo em que o progresso econômico beneficia a população com medidas de promoção e prevenção da saúde, em contrapartida afeta de maneira negativa o estilo de vida do indivíduo, com a poluição ambiental, vida nas grandes cidades, álcool, drogas, tabagismo e maus hábitos alimentares (LALONDE, 1974).

Os riscos ambientais e comportamentais só sofrerão mudanças se o indivíduo mudar sua percepção sobre a saúde e a doença. Essa atitude requer ruptura de paradigmas, onde os serviços de saúde são procurados visando à promoção da saúde e não meramente para ações curativas. Frente a isso, o modelo de Campo de Saúde, divulgado em 1974 pelo então Ministro da Saúde Marc Lalonde, propôs mudanças nas políticas governamentais de saúde, baseado em uma nova concepção do processo saúde-doença globalizado, articulando saúde e qualidade de vida a fim de atender a política social (LALONDE, 1974; DEVER, 1988).

Esse novo modelo passa a ser um marco na área da Saúde Pública uma vez que amplia a atuação dos serviços de saúde, priorizando a ação preventiva das doenças, promoção da saúde, programas educativos na melhoria da saúde da população e exercendo também o cuidado integral do indivíduo (LAUTENSCHLAEGER; JUGDAR; MANI, 2009).

O conceito de campo de saúde, por meio de suas características singulares, se revela um instrumento eficiente para diagnosticar problemas em saúde, avaliando as necessidades de saúde da população e escolhendo meios para suprir essas necessidades (LALONDE, 1974).

Um de seus êxitos foi propor o equilíbrio entre os elementos como, biologia humana, ambiente, estilo de vida e a organização dos serviços de saúde em um mesmo patamar de importância (LALONDE, 1974).

O modelo tem por objetivos, proporcionar maior entendimento sobre as causas que contribuem para a doença e morte e para facilitar a identificação de ações que promovam a saúde (LALONDE, 1974).

Figura 1 – Constructos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde



Essa visão das políticas de saúde propõe a organização do cuidado por meio da definição de quatro constructos. O primeiro constructo diz respeito ao estilo de vida, que significa um conjunto de decisões adotadas pelos indivíduos que interferem em sua própria saúde como, atividades do lazer, padrões de consumo e riscos ocupacionais da produção. Esses hábitos e decisões resultam em riscos autocriados que contribuem para a intensidade da doença ou morte prematura (DEVER, 1988).

O segundo refere ao ambiente, onde vários eventos externos exercem efeito sobre o corpo em diferentes dimensões, podendo ser física, social ou psicológica, tendo o indivíduo, sobre eles, pouco ou nenhum controle. A biologia humana envolve diversos fatores que se manifestam como resultado da constituição orgânica do indivíduo incluindo sua herança genética e processo de maturidade, esses elementos tanto podem ser físicos quanto mentais. Por fim, a organização do sistema de serviços de saúde, que se fragmenta em qualidade, disponibilidade e

quantidade de recursos para prover cuidados preventivos, curativos e de recuperação da saúde (DEVER, 1988).

Distintos são os valores de cada conceito, no entanto faz-se necessário o equilíbrio entre eles para que as condições de saúde do indivíduo permaneçam em harmonia. Estratégias isoladas de intervenções em saúde não diminuem os riscos e danos; é necessário que esses procedimentos promovam mudança dos comportamentos que acometem a saúde e estabeleçam hábitos de vidas saudáveis, considerando a ligação entre o indivíduo e o contexto social, cultural e econômico no qual está inserido. Isto significa trabalhar a redução da vulnerabilidade, da exposição a situações de risco, das consequências nocivas e também atuar na dimensão microssocial de forma equitativa (LALONDE, 1974; DEVER, 1988).

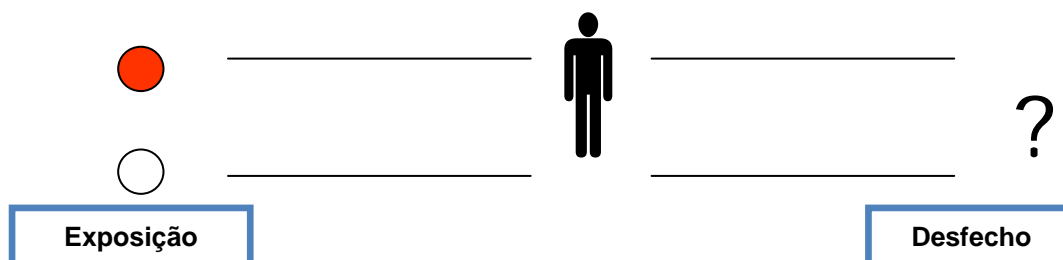
7 MATERIAL E MÉTODO

7.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo sobre o acesso, adesão e organização do serviço de saúde às puérperas com risco habitual e intermediário, avaliado pelas ações programáticas ofertadas na revisão puerperal precoce e tardia.

Os estudos de coorte, também chamados de follow-up, consistem na classificação de indivíduos com base na presença ou ausência de exposição a um fator particular e então, seguí-los por um período de tempo específico para acompanhar possíveis desfechos no grupo exposto. O investigador apenas identifica, observa, mede ou registra a exposição a que as pessoas estão ou estiveram naturalmente sujeitas (MADALOSSO; ALEXANDRE, 2012).

Figura 2 – Cronologia dos acontecimentos no estudo de coorte.



7.1.1 Vantagens e Limitações do Estudo de Coorte

Este tipo de estudo possibilita o exame de múltiplos efeitos de uma única exposição; pode elucidar relação temporal entre exposição e resultado; minimiza viés, porque seleciona a exposição e aguarda resultados; permite medidas diretas de incidência de desfechos em grupos expostos e não expostos; a qualidade dos dados de exposição pode ser de excelente nível, já que é possível proceder a sua coleta no momento em que ocorrem e é especialmente válido quando a exposição é rara (MADALOSSO; ALEXANDRE, 2012).

Entre as limitações do estudo de coorte constata-se que a validade dos resultados pode ser afetada por perdas durante o acompanhamento e pelo

maior custo em termos de tempo e recursos. Requer considerável criatividade no desenho de estudo (MADALOSSO; ALEXANDRE, 2012).

7.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Município de Londrina, Paraná, no qual a assistência ao parto de baixa complexidade no SUS ocorre por meio da Maternidade Municipal Lucilla Ballalai (MMLB) que é referência para todas as UBSs municipais e de municípios próximos.

A MMLB é referência para gestação com diagnóstico de risco habitual e intermediário, ou seja, acima de 37 semanas, sem doenças associadas. Em média, atende 80% dos partos realizados no SUS da cidade, sendo responsável por cerca de 300 partos mensais.

Sua estrutura de pequeno porte conta 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.

A instituição dispõe de equipe permanente de enfermagem, inclusive enfermeiros especialistas em obstetrícia. O quadro de funcionários é composto por seis anestesistas, 16 obstetras, 14 pediatras, 16 enfermeiras, 68 técnicos de enfermagem. A MMLB também conta com uma assistente social, uma psicóloga, uma técnica de saúde bucal e uma fonoaudióloga para suporte à mulher e RN. Conta com a atuação de acadêmicos de medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e de enfermagem da UEL, Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) e Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL), assim como alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e Residência de Enfermagem em Neonatologia, as duas da UEL, com supervisão direta de docentes de ambos os cursos e também com médicos residentes em obstetrícia sob supervisão docente.

Em agosto de 2011, a MMLB iniciou o serviço de um ambulatório de puerpério, devido à necessidade institucional em reduzir os casos de infecção no pós-parto, as taxas de reinternação, o índice de mortalidade materna, bem como para obter o *feedback* da assistência prestada no parto e alojamento conjunto. Visa também, o aumento do cuidado com o aleitamento materno, a captação de doação de leite e o planejamento familiar (LONDRINA, 2013a). O ambulatório atende

apenas as puérperas cujo parto tenha sido realizado na própria instituição. Opera de segunda a sexta-feira das oito às treze horas e, aproximadamente, 12 mulheres comparecem diariamente para a revisão puerperal precoce que ocorre em até dez dias após o parto, período que abrange o puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto).

A equipe designada para o atendimento ambulatorial é constituída por um médico ginecologista, uma enfermeira obstetra e uma técnica de enfermagem. A revisão puerperal precoce é realizada pela enfermeira diariamente que conta com auxílio da avaliação médica três dias na semana, nos outros dois dias, caso exista a necessidade, a avaliação é realizada pelo médico plantonista. Para o manejo dessa assistência o serviço possui uma agenda sob responsabilidade da técnica de enfermagem, na qual consta o nome da puérpera e horário da revisão. Um lembrete sobre este agendamento é anexado diariamente no cartão da criança, vinte quatro horas antes alta hospitalar do binômio.

Nos casos de permanência do RN na instituição, a puérpera não perde o direito ao atendimento ambulatorial. Para as mulheres que não comparecem à revisão no dia e hora marcados, há a possibilidade da mesma entrar em contato com a MMLB para reagendamento do serviço, porém essa procura deve ocorrer no máximo em sete dias. O ambulatório não realiza a busca ativa das puérperas, uma vez que esta ação extrapola o período do puerpério imediato, no qual o atendimento preconizado pela instituição deve ocorrer. Ao mesmo tempo, existe a contrarreferência das mesmas puérperas para a atenção primária no momento da alta hospitalar.

A atenção primária à saúde do município de Londrina está organizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e atualmente dispõe de 93 equipes multiprofissionais distribuídas em 52 UBSs: 40 na zona urbana e 12 na zona rural. Estas equipes são compostas por 109 médicos, 105 enfermeiros, 190 técnicos de enfermagem e 316 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As UBSs da zona urbana, além das equipes de saúde da família, contam com 10 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) compostas por outros profissionais de saúde (fisioterapia, educação física, nutrição, psicologia e farmácia) que atuam em parceria com a ESF em seus respectivos territórios (LONDRINA, 2013b; BRASIL, 2015; SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA, 2015).

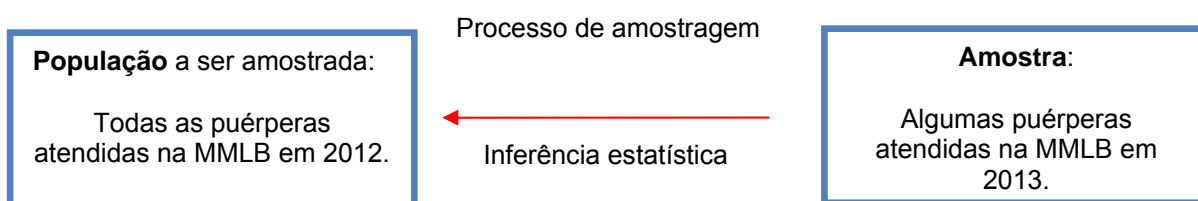
São comuns a todos os membros da ESF e NASF, ações de promoção em saúde, prevenção de agravos e visita domiciliar. O enfermeiro, além de outras atribuições, possui atuação específica nas consultas de pré-natal e puerpério na UBS. Neste contexto, desde o início do pré-natal o prontuário da gestante é separado, uma vez que esta passa a ser considerada prioridade assistencial. Após o parto, a funcionária responsável pelas ações técnico-administrativas da UBS, verifica o nascimento da criança e comunica o enfermeiro responsável pela área de abrangência, na qual reside a puérpera. Esta comunicação é feita por meio de um sistema interno entre a MMLB e a UBS. De posse desta informação, o enfermeiro programa a revisão puerperal precoce (entre o 7º e 10º dia pós-parto) realizada na visita domiciliar. Durante este atendimento, oportuniza-se o agendamento da revisão puerperal tardia (entre o 30º e 42º dia pós-parto) a ser realizada na UBS.

7.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por mulheres atendidas na MMLB que se caracterizou como o local de acesso às unidades de análise. Define-se **população** ou **universo** como todo conjunto de elementos portadores de uma característica comum (MARCONI; LAKATOS, 2013), neste estudo, puérperas de risco habitual e intermediário.

Recorreu-se à **Amostragem** por Conveniência para selecionar as puérperas que participaram do estudo. Na amostragem por **Conveniência** os elementos são selecionados conforme conveniência do pesquisador. A amostra pesquisada muitas vezes está disponível no local e no momento onde a pesquisa está sendo realizada (MALHOTRA, 2011).

Figura 3 – Processo de amostragem.



A amostragem, segundo Barbetta (2012) é utilizada devido a:

- ✓ **Economia** - levantamento de somente uma parte da população.
- ✓ **Tempo** – útil quando não há tempo para pesquisar toda a população, mesmo tendo recursos financeiros.
- ✓ **Confiabilidade dos dados** - quando se pesquisa um N reduzido de elementos, pode-se dar mais atenção aos casos individuais, evitando erros nas respostas.
- ✓ **Operacionalidade** - é mais fácil realizar operações de pequena escala, como o controle da equipe de pesquisa e da fidedignidade dos dados.

7.3.1 Tamanho da Amostra

Sejam: **N** tamanho (número de elementos) da população; **n** tamanho (número de elementos) da amostra; **n₀** uma primeira aproximação para o tamanho da amostra; e **E₀** erro amostral tolerável (BARBETTA, 2012), tem-se a seguinte expressão:

$$n_0 = 1 / E_0^2 \text{ (5\%)}$$

$$n_0 = 1 / 0,05^2$$

$$n_0 = 1 / 0,0025$$

$$\underline{n_0 = 400}$$

Conhecendo o tamanho da população, o cálculo de aproximação do tamanho da amostra foi corrigido por:

$$n = N \cdot n_0 / N + n_0$$

$$n = 3.415 \cdot 400 / 3.415 + 400$$

$$n = 1.366.000 / 3.815$$

$$\underline{n = 358}$$

De acordo com os cálculos apresentados anteriormente, considerando uma margem de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e uma população de 3.415 partos ocorridos na MMLB em 2012, obteve-se uma amostra de tamanho 358, ou seja, este foi o número mínimo de puérperas a serem selecionadas

para a realização da pesquisa. Entretanto, por se tratar de um estudo de coorte, acrescentou-se 20% ao cálculo do tamanho amostral em função de possíveis perdas durante o seguimento. Sendo assim, foram incluídas 71 unidades de análise ao total mínimo, resultando em N = 429.

7.3.2 Critérios de Inclusão da Amostra

Para inclusão na amostra do estudo foram respeitados os seguintes critérios: residir na zona urbana do Município de Londrina, ter diagnóstico obstétrico de risco habitual e intermediário e ser capaz de compreender e concordar voluntariamente em participar do estudo, após a explicação do mesmo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

7.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de 30 de Julho de 2013 a 17 de Março de 2014, por meio do instrumento de registro de dados (APÊNDICE B) e dividida em três momentos sequenciais para seguimento da coorte em estudo. A seguir, são descritas as etapas 1, 2 e 3.

Na **1ª etapa**, procedeu-se à identificação das mulheres a serem incluídas no estudo, durante a internação hospitalar na Unidade de Alojamento Conjunto (UAC) da MMLB. A amostragem por conveniência foi realizada por meio da seleção das mulheres presentes na lista de internação disponível na UAC, observando se habitavam na zona urbana do município e o diagnóstico obstétrico de risco habitual ou intermediário. Esta seleção ocorreu todos os dias, ininterruptamente até ser alcançado o número de participantes proposto (N = 429).

Ao abordar a puérpera, esclarecia-se o propósito do estudo e após compreensão, concordância e assinatura do TCLE, dava-se início ao seu seguimento por meio do resgate de dados socioeconômicos e da história obstétrica. As técnicas da coleta de dados foram a entrevista estruturada e a transcrição de dados do prontuário institucional e do cartão de pré-natal em um instrumento caracterizado como formulário semiestruturado.

A entrevista estruturada é aquela em que o entrevistador segue um roteiro preestabelecido, de perguntas previamente determinadas e se realiza de

acordo a um formulário elaborado. A razão da padronização é obter dos entrevistados respostas às mesmas perguntas, onde o entrevistador não é livre para adaptar suas perguntas de acordo com a situação. Já o formulário é caracterizado como uma lista formal destinada à coleta de dados resultantes quer de observação quer por interrogatório, cujo preenchimento é feito pelo próprio entrevistador, à medida que faz as observações ou recebe as respostas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

No dia seguinte à abordagem era verificado o agendamento da revisão puerperal precoce no ambulatório da MMLB que era anotado, logo após o parto, no cartão da criança, conforme rotina institucional e a confirmação de alta do binômio. Estas informações foram anotadas nos respectivos formulários que foram agrupados por data, para controle cronológico das etapas subsequentes. Concomitantemente, procedia-se a seleção de novos participantes na UAC.

Na **2ª etapa**, após a alta hospitalar, procedeu-se o acompanhamento da revisão puerperal precoce no ambulatório da MMLB (entre o 7º e 10º dia pós-parto) para observação da adesão e cuidados ofertados às mulheres, diariamente de segunda a sexta-feira. Este atendimento é baseado nas ações programáticas propostas pela própria instituição. Nesta etapa, utilizou-se a técnica de observação não participante para identificar os cuidados ofertados que foram registrados em formulário estruturado. A observação não participante é definida pela presença em uma determinada atividade, podendo ser próxima ou distante, de modo a não influenciar a situação (SILVEIRA et al., 2009).

O seguimento das puérperas que não aderiram à revisão puerperal precoce no ambulatório da MMLB (2ª etapa) ocorreu normalmente na 3ª etapa, não havendo, portanto, exclusão dessas participantes.

Na **3ª etapa**, procedeu-se agendamento da visita domiciliar do pesquisador decorridos 42 dias de pós-parto, para obtenção dos dados referentes à revisão puerperal precoce domiciliar (entre o 7º e 10º dia pós-parto) e à revisão puerperal tardia (do 30º ao 42º dia pós-parto) na atenção primária à saúde, bem como à procura por cuidado de saúde, tanto na atenção primária quanto na MMLB. Nessa etapa, a técnica da coleta de dados foi a entrevista estruturada, registrada em formulário semiestruturado.

Durante todo o seguimento desta coorte, a pesquisadora contou com a ajuda de cinco estudantes de graduação em enfermagem da UEL, sendo uma

bolsista de Iniciação Científica (IC); uma enfermeira residente do curso Multiprofissional em Saúde da Mulher; uma enfermeira residente do curso de enfermagem em Saúde da Criança; e duas enfermeiras voluntárias. Este grupo de pesquisa foi treinado para realizar as três etapas propostas. A tabela 2 apresenta o cronograma da coleta de dados.

Tabela 2 – Cronograma das etapas de coleta de dados, para o seguimento das puérperas atendidas na MMLB. Londrina (PR), 2014.

Etapa	Início	Conclusão
1	30 de julho de 2013	20 de outubro de 2013
2	07 de agosto de 2013	04 de novembro de 2013
3	15 de outubro de 2013	17 de março de 2014

7.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- ✓ **Socioeconômicas:** idade materna (em anos), situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade (em anos), condição de ocupação (remunerada ou não), renda familiar (em Quartis) e procedência (por regiões).
- ✓ **História obstétrica:** gravidez planejada (sim ou não); morbidade anterior à gestação (sim ou não); opção de parto (Parto normal ou cesárea); adequação do pré-natal (adequado, intermediário, segundo Coutinho (2010)); orientações no pré-natal (sim ou não. Quais?); visita à MMLB durante o pré-natal (sim ou não); intervalo entre a última consulta do pré-natal e o parto (intervalos: 0-15 dias, 16-30 dias, 31-45 dias, 46-60 dias e 61 ou mais dias); hospital de referência (sim ou não. Qual?); indução do parto (sim ou não); tipo de parto (parto normal espontâneo, parto normal instrumental e cesárea); intercorrências intraparto (sim ou não. Qual?) e puerpério imediato (sim ou não); condições do períneo (íntegro; lacerações de 1º, 2º, 3º e 4º grau; e episiotomia) e orientações ofertadas na alta hospitalar como contrarreferência, sinais e sintomas de infecção puerperal, hemorragia e local de referência para problemas com o Aleitamento Materno (AM) (sim ou não).

- ✓ **Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial (RPPA) na MMLB:** adesão (sim ou não); profissional que prestou o atendimento (médico, enfermeiro ou outro); checagem de cartão da gestante e caderneta de saúde da criança (sim ou não); uso de medicamentos (sim ou não); profissional observou e avaliou a mamada (sim ou não); dificuldades na amamentação (sim ou não); identificou a alimentação atual do bebê (sim ou não); risco de desmame precoce (sim ou não); sono e repouso (tranquilo, perturbado ou interrompido); condição psicoemocional (calma, ansiosa, nervosa ou depressiva); vínculo entre mãe e filho (sim ou não); higiene (boa, regular ou ruim); sinais vitais verificados (sim ou não); avaliação clínico-ginecológica como condição das mamas (flácidas, túrgidas, ingurgitadas, nódulos de retenção, mastite e outros), abdômen (normotenso, globoso ou doloroso), aspecto da incisão cirúrgica/episiotomia/períneo (bom aspecto, hiperemia, secreção, entumecido ou deiscência) e lóquio (volume, coloração e odor); hábitos urinários (normal ou disúria) e intestinais (normal ou obstipação); orientações à mulher (aleitamento materno, planejamento familiar, autocuidado e puericultura e vacina); peso (sim ou não), exame físico (sim ou não) e orientações para RN (sim ou não, Quais?); contrarreferência à atenção primária (para o RN, mulher, binômio ou não realizada) e o agendamento da revisão puerperal tardia na atenção primária á saúde (sim ou não).
- ✓ **Revisão Puerperal Precoce Domiciliar (RPPD) na atenção primária:** adesão (sim ou não); profissional que realizou a VD (médico, enfermeiro, ACS, residente de enfermagem, téc. de enfermagem ou outro); checagem de cartão da gestante e caderneta de saúde da criança (sim ou não); uso de medicamentos (sim ou não); profissional observou e avaliou a mamada (sim ou não); dificuldades na amamentação (sim ou não); identificou alimentação atual do bebê (sim ou não), risco de desmame precoce (sim ou não), sono e repouso (sim ou não), condição psicoemocional (sim ou não), vínculo entre mãe e

filho (sim ou não), higiene (sim ou não), sinais vitais verificados (sim ou não), avaliação clínico-ginecológica como condição das mamas (sim ou não), abdômen (sim ou não), aspecto da incisão cirúrgica/episiotomia/períneo (sim ou não) e lóquio (sim ou não); hábitos urinários (sim ou não) e intestinais (sim ou não); orientações à mulher (aleitamento materno, planejamento familiar, autocuidado e puericultura e vacina); peso (sim ou não), exame físico (sim ou não) e orientações para RN (sim ou não); agendamento da revisão da revisão puerperal tardia na UBS (sim ou não) e da puericultura e vacina (sim ou não); e satisfação com o atendimento recebido no puerpério imediato (satisfeita ou insatisfeita).

- ✓ **Revisão Puerperal Tardia (RPT) na UBS na atenção primária:** adesão à revisão puerperal tardia (sim ou não), apoio profissional após alta hospitalar (sim ou não), aleitamento materno exclusivo (AME) (sim ou não), profissional que realizou a RPT (médico ou enfermeiro), inscrição da mulher no programa de planejamento familiar (sim ou não), agendamento do exame de citologia oncótica e do exame de mama (sim ou não), local de oferta do método contraceptivo (MMLB, UBS ou outro. Que local?), uso de método contraceptivo (sim ou não) e procura por cuidado na MMLB (sim ou não) e na atenção primária para planejamento familiar, dentista para o RN, ginecologista, pediatra, puericultura e vacina (sim ou não) e satisfação com o atendimento recebido na RPT (satisfeita ou insatisfeita).

7.5.1 Variáveis Do Estudo Distribuídas nos Constructos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde

- I. **Constructo Biologia Humana:** idade materna (em anos), paridade (primípara ou múltipara), morbidade anterior a gestação (sim ou não), intercorrências intraparto (sim ou não) e intercorrências no puerpério imediato (sim ou não).

- II. **Constructo Ambiente:** situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade (em anos), condição de ocupação (remunerada ou não), renda familiar (em Quartis) e procedência (por regiões).
- III. **Constructo Estilo de Vida:** gravidez planejada (sim ou não); opção de parto (Parto normal ou cesárea), visita à MMLB durante o pré-natal (sim ou não), adesão à revisão puerperal precoce ambulatorial (sim ou não), uso de método contraceptivo (sim ou não), aleitamento materno exclusivo (sim ou não), procura por cuidado na MMLB dentro de 30 dias após o parto (sim ou não) e na UBS para planejamento familiar, dentista para o RN, ginecologista, pediatra, puericultura e vacina (sim ou não) e a satisfação com o atendimento recebido na RPT (satisfeita ou insatisfeita).
- IV. **Constructo Organização do Serviço de Saúde:** orientação de contrarreferência à atenção primária na alta hospitalar (sim ou não), apoio profissional após alta hospitalar (sim ou não), adesão à revisão puerperal precoce domiciliar (sim ou não), agendamento da revisão da revisão puerperal tardia na UBS durante a VD (sim ou não), adesão à revisão puerperal tardia (sim ou não), profissional que realizou a RPT (médico ou enfermeiro), inscrição da mulher no programa de planejamento familiar (sim ou não), agendamento do exame de citologia oncológica e de mama (sim ou não), local de oferta do método contraceptivo (MMLB, UBS ou outro. Que local?).

7.6 ANÁLISE DOS DADOS

É importante salientar que as três etapas do seguimento desta coorte, ocorreram em concomitância. Sendo assim, houve um período no qual ao mesmo tempo em que puérperas eram selecionadas para o estudo (1ª etapa), outras já estavam em seguimento relativo à revisão puerperal precoce e/ou recebendo a visita domiciliar da equipe de pesquisa, decorridos 42 dias de pós-parto. Nesse sentido, optou-se aguardar o alcance do tamanho amostral mínimo na 3ª etapa e

suspender a coleta. Portanto, foram desprezadas 71 unidades de análise identificadas na 1ª etapa e acompanhadas na revisão puerperal precoce ambulatorial (2ª etapa). A análise de dados foi realizada tomando-se o N = 358.

Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel 2007 e transportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Posteriormente foram submetidos a tratamento estatístico descritivo e analítico.

Na análise univariada, foram utilizados os Testes Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher para busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$) entre as variáveis independentes e as dependentes [tipo de atendimento no puerpério imediato] e [revisão puerperal tardia na atenção primária].

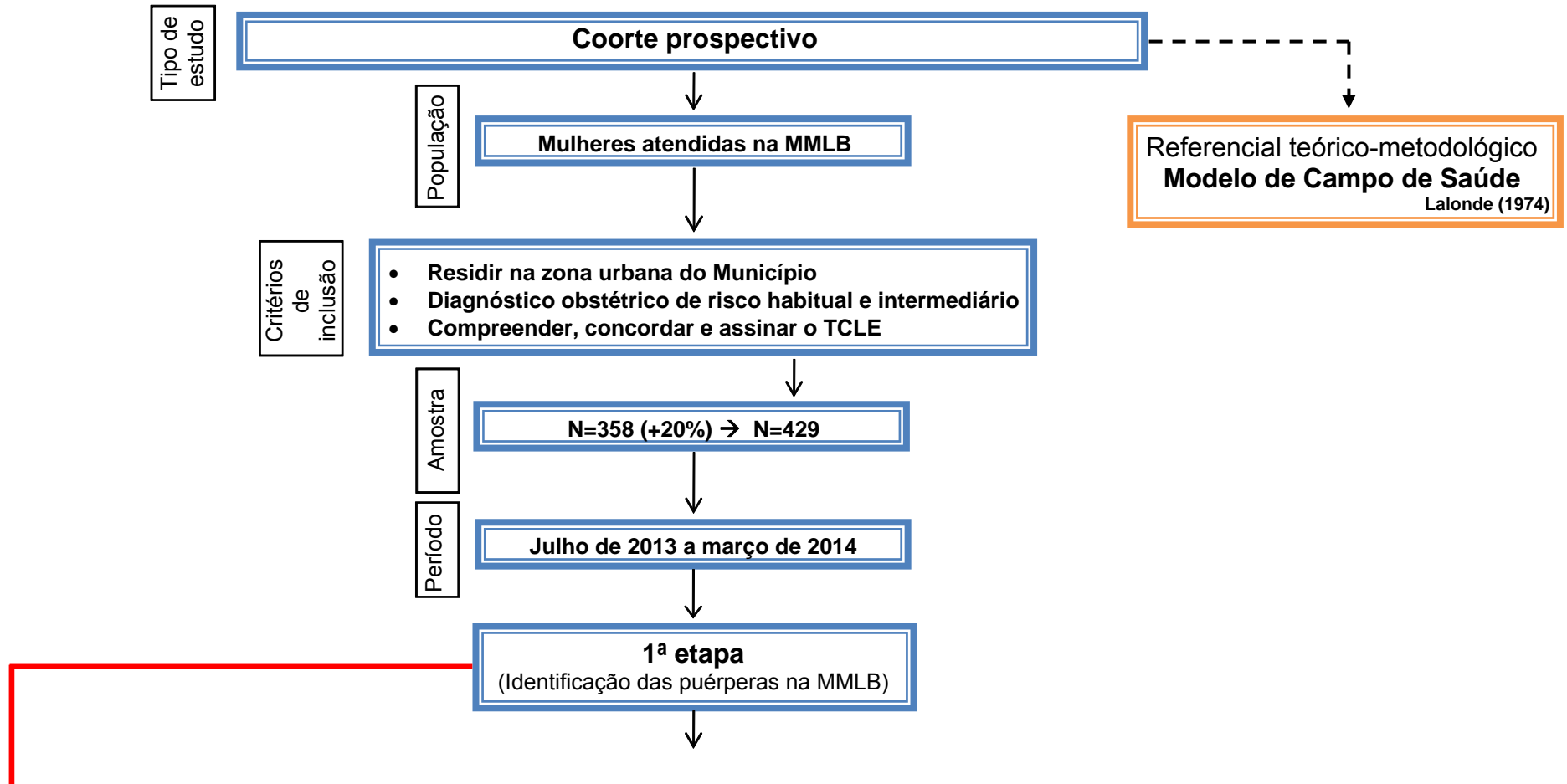
Apenas as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$ na análise univariada foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla para verificar a razão de chances entre as variáveis distribuídas nos constructos e a revisão puerperal tardia na atenção primária, cujos resultados foram expressos como odds ratio (OR) ajustado, com 95% de intervalo de confiança (IC).

7.7 ASPECTOS ÉTICOS

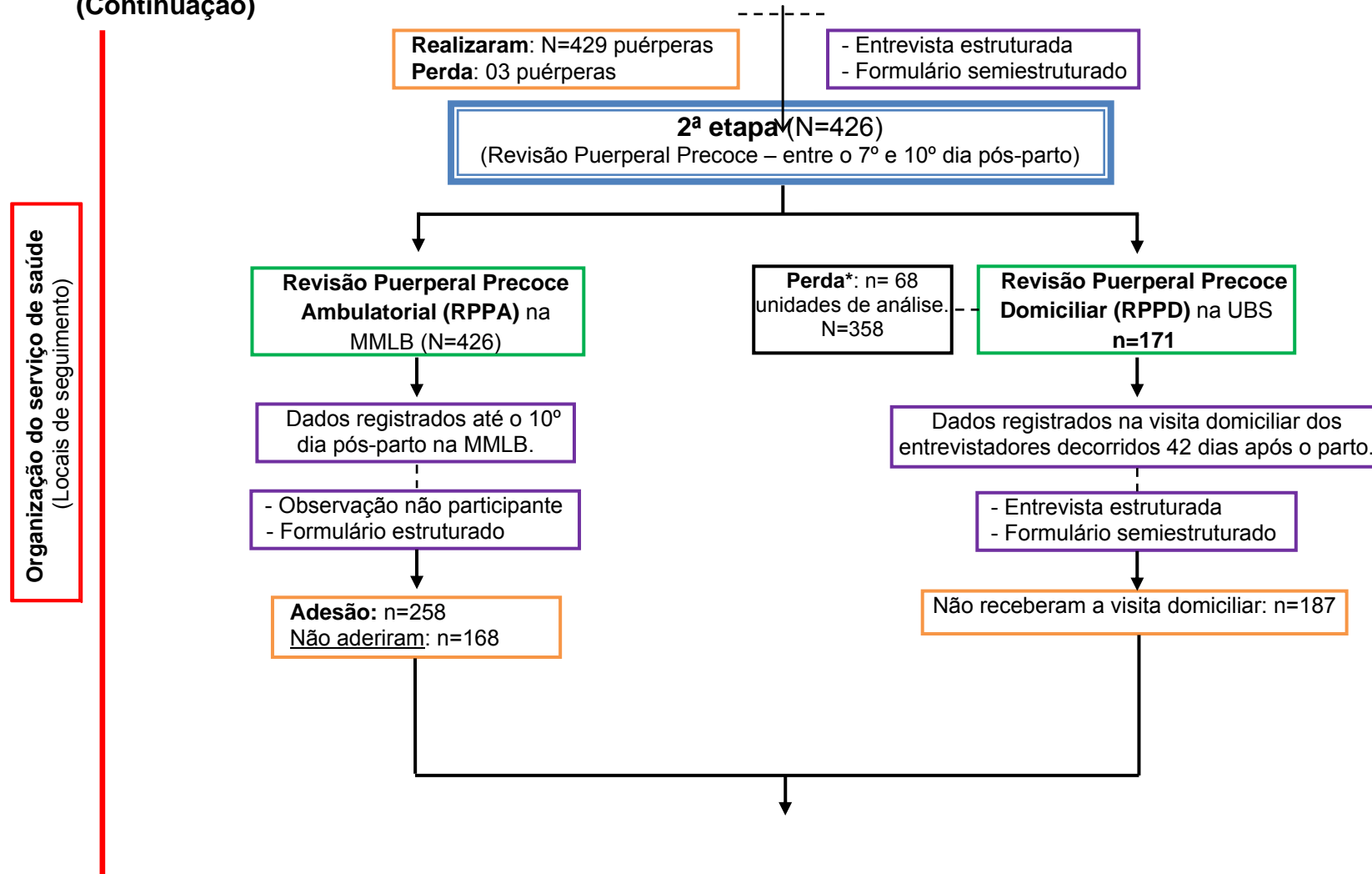
Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), CAAE: 19352513.9.0000.5231 (ANEXO A). A coleta de dados também passou por aprovação da Autarquia Municipal de Saúde (ANEXO B).

7.8 ORDINOGRAMA DEMONSTRANDO O PROGRESSO ATRAVÉS DE UM ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO

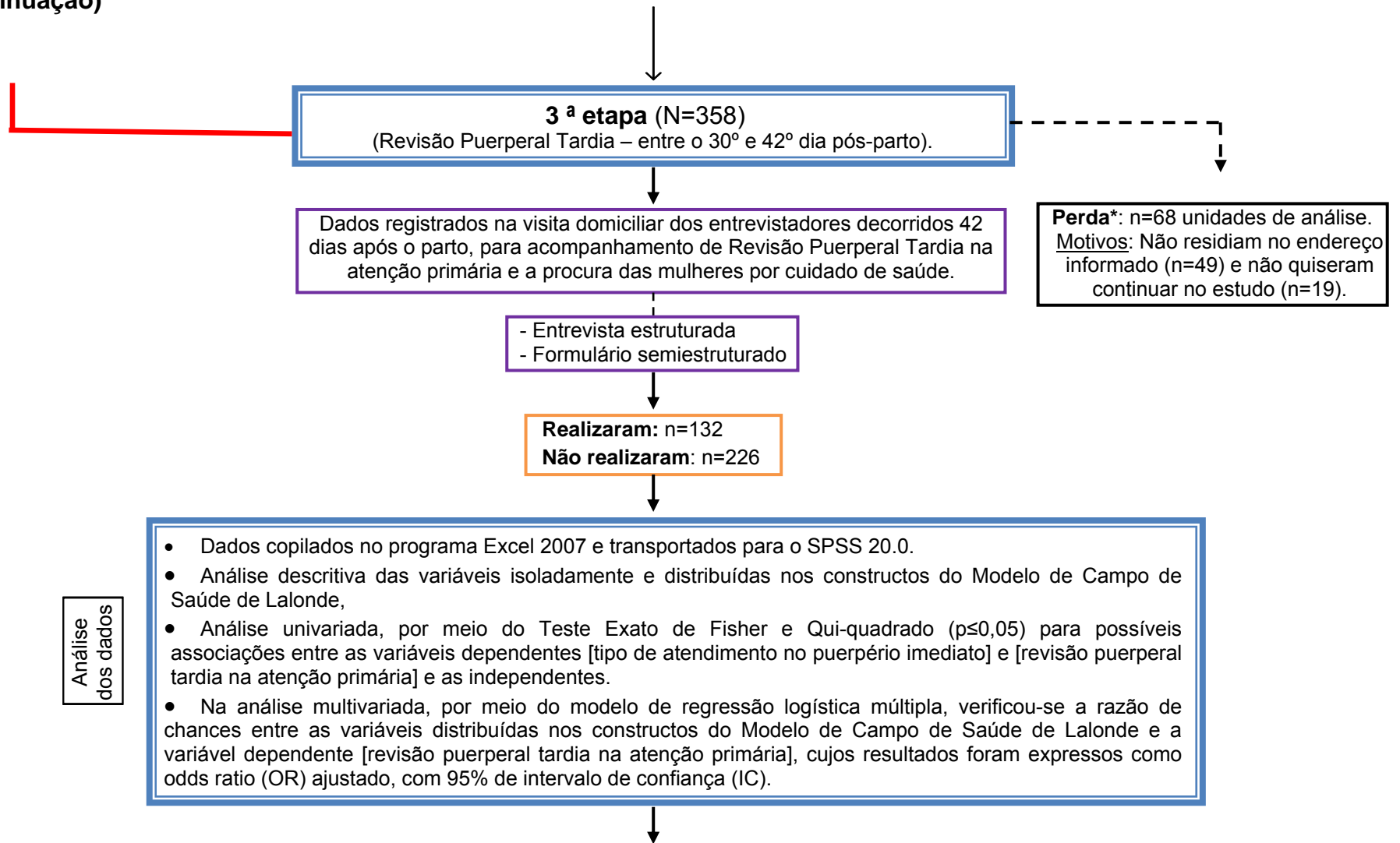
Figura 4 – Ordinograma demonstrando o progresso através de um estudo de coorte prospectivo. Londrina (PR), 2014



(Continuação)



(continuação)



(continuação)

Aspectos
éticos

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da UEL.
CAAE: 19352513.9.0000.5231

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados a seguir, em dois artigos produzidos, nos quais se discute os principais achados desta dissertação, de acordo com os objetivos propostos.

O primeiro artigo, cujo título é: *“Revisão Puerperal Precoce: Análise das ações programáticas ofertadas na Atenção Primária à Saúde”* responde ao primeiro e segundo objetivos desta dissertação.

O segundo artigo tem como título: *“Adesão à revisão puerperal tardia na atenção primária sob a perspectiva do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde”* responde ao primeiro e terceiro objetivos desta dissertação.

8.1 ARTIGO 1

REVISÃO PUERPERAL PRECOCE: ANÁLISE DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS OFERTADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**RESUMO**

A revisão puerperal visa diminuir a incidência de agravos e sua efetivação na atenção primária à saúde, ainda não foi consolidada. Este estudo analisou as ações programáticas ofertadas às mulheres no puerpério imediato em Londrina, Brasil. Estudo transversal, aninhado em uma coorte prospectiva, com 358 puérperas que realizaram revisão puerperal precoce ambulatorial e domiciliar na atenção primária, entre julho de 2013 e março de 2014. Utilizou-se técnica de transcrição de dados documentais, do pré-natal e parto; observação não participante no ambulatório da Maternidade Municipal Lucilla Ballalai e entrevista estruturada no domicílio decorridos 42 dias pós-parto. Utilizou-se análise univariada e Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$). Houve associação entre orientação sobre o parto no pré-natal ($p \leq 0,036$) e o tipo de parto ($p \leq 0,002$) e a variável dependente. Evidenciou-se elementos da vulnerabilidade programática como a fragmentação da organização do serviço de saúde, barreiras de acesso e baixa qualidade assistencial. Há necessidade de revisitação das ações programáticas para que se evitem custos desnecessários pela duplicidade de ações e inexistência de outras.

DESCRITORES: Políticas Públicas de Saúde. Saúde da Mulher. Período Pós-Parto. Vulnerabilidade em Saúde. Visita Domiciliar.

EARLY POSTPARTUM REVIEW: ANALYSIS OF THE PROGRAMMATIC ACTIONS OFFERED IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

The postpartum review aims to reduce the incidence of injuries; in addition its implementation in primary care has not yet been consolidated. This study examined the programmatic actions offered to women in immediate postpartum in Londrina, Brazil. Cross-sectional study nested in a prospective cohort study with 358 puerperae who underwent early outpatient and home puerperal review in primary care, between July 2013 and March 2014. It uses a documentary data transcription technique, prenatal and childbirth; non-participant observation in the Lucilla Ballalai Municipal Maternity Clinic and a structured interview at home after 42 days postpartum. It used univariate analysis and Chi-square test ($p \leq 0.05$). There was association between guidance about childbirth in prenatal care ($p \leq 0.036$) and the type of delivery ($p \leq 0.002$) and the dependent variable. Highlighted elements of the programmatic vulnerability such as the fragmentation of the health service organization, access barriers and low quality care. There is a need for revisiting the program actions for the avoidance of unnecessary costs for duplication of efforts and lack of others.

DESCRIPTORS: Health Public Policy. Women's Health. Postpartum Period. Health Vulnerability. Home Visit.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas de saúde da mulher encontram-se em evolução desde a década de 80 e tiveram como precursor o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Atualmente, foi instituída a Rede Cegonha que propõe efetivar cuidados para garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis^{1,2}.

A implantação e implementação das políticas de saúde em andamento na atenção primária, são operacionalizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que busca a reorientação do modelo assistencial hegemônico, articulando ações individuais e coletivas na promoção da saúde e prevenção de agravos de uma determinada população, mediante a inserção de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)³. Apesar dos esforços ininterruptos na efetivação de ações e programas, a atenção à saúde da mulher apresenta-se fragmentada e pouco resolutiva. A maioria das mulheres ainda encontra barreiras de acesso e de vínculo com os serviços de saúde, sustentando as altas taxas de morbidade e mortalidade materna⁴.

Integrando este cenário, encontra-se o período pós-parto, geralmente negligenciado quando comparado à gestação e ao parto⁵. Este período proporciona aos profissionais da saúde oportunidades de identificar, monitorar e gerenciar situações de risco ou intercorrências e conduzi-la⁶, assim como realizar e/ou complementar ações oriundas do pré-natal⁷. Dessa maneira, o acesso e a qualidade da assistência prestada são cruciais na promoção e manutenção da saúde e na prevenção de agravos ao binômio mãe e filho⁸.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o puerpério é definido como o período que se inicia logo após o nascimento da criança e se mantém por seis semanas após o parto⁵. Sua classificação é dividida em três estágios, sendo estes: o puerpério imediato, que corresponde ao período do primeiro ao décimo dia; o puerpério tardio, do 11º ao 42º dia; e o pós-parto remoto, a partir do 43º dia⁹.

Vislumbrando a importância do puerpério na saúde da mulher, sua assistência foi preconizada pelo Ministério da Saúde em dois momentos, a revisão puerperal precoce (entre o 7º ao 10º dia pós-parto) e a revisão puerperal tardia (entre o 30º ao 42º dia pós-parto)¹⁰. No âmbito da atenção primária à saúde, a ESF realiza a

revisão puerperal precoce por meio de visita domiciliar, enquanto a tardia acontece na UBS⁹.

Entretanto, no município de Londrina existe um serviço que atua em concomitância com aqueles elencados nas ações programáticas nacionais e municipais. O ambulatório de puerpério, proposto e situado na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai (MMLB) nasceu para minimizar a lacuna do acompanhamento puerperal na atenção primária e obter *feedback* da assistência prestada no parto e na unidade de alojamento conjunto. Este serviço assiste às mulheres que realizaram o parto na MMLB e surgiu da necessidade institucional de diminuir os casos de infecções no período pós-parto, as taxas de reinternação e o índice de mortalidade materna, além de prestar cuidados no aleitamento materno, captação de doação de leite e planejamento familiar¹¹.

O puerpério pode produzir a vulnerabilidade nas mulheres, uma vez que é um período complexo de entrelaçamento e transição fisiológica, emocional, relacional e sociocultural. A vulnerabilidade, noção que transcende a ideia de suscetibilidade ou fragilidade, é algo que reúne fatores de exposição e de proteção a esse processo, os quais podem ser individuais, sociais e programáticos¹².

Os programas e serviços de saúde devem realizar o diagnóstico de vulnerabilidade e, conseqüentemente, elaborar ações de intervenção, mediando os indivíduos e seus contextos sociais, a fim de fazê-los perceber e superar condições desfavoráveis, transformando suas relações, valores e interesses para emancipar-se das situações de vulnerabilidade. Porém, quando as instituições de saúde reproduzem ou acentuam as circunstâncias sociais dadas de vulnerabilidade, sobrevém a vulnerabilidade programática¹³.

A vulnerabilidade programática reflete, entre outros elementos, a organização, o acesso e a qualidade do serviço de saúde. Neste sentido, para a avaliação do período puerperal é essencial visitar o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, porque estes irão determinar as ações programáticas específicas às necessidades das mulheres no pós-parto. Frente ao exposto, esse estudo teve por objetivo analisar as ações programáticas ofertadas às mulheres no puerpério imediato.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal analítico, aninhado em uma coorte prospectiva. Foi conduzido com mulheres no puerpério imediato, com diagnóstico de

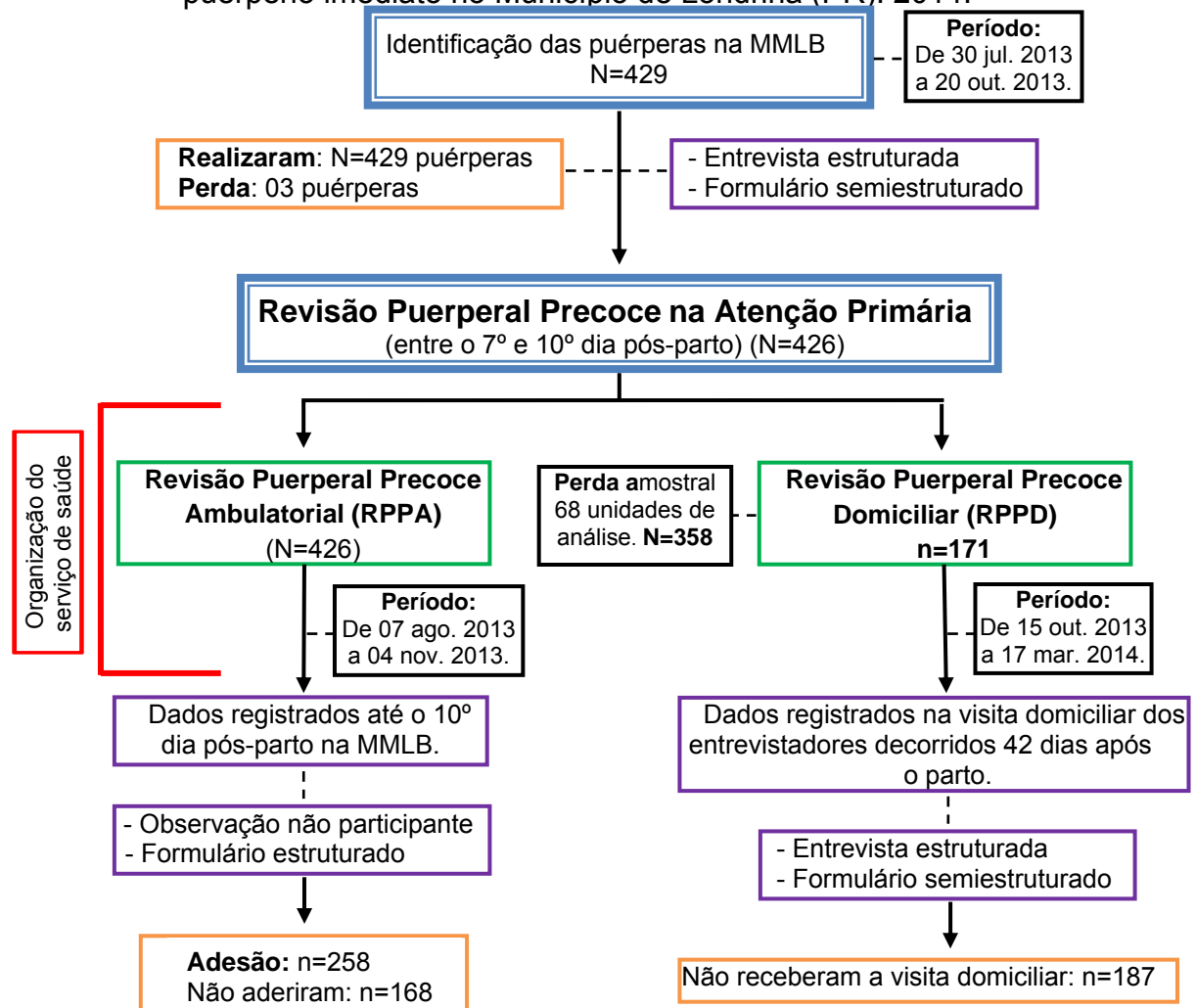
gestação de risco habitual e intermediário, residentes na zona urbana do Município de Londrina, atendidas no ambulatório de puerpério da MMLB e em seus domicílios pelas equipes de saúde da família.

A partir de um total de 3.415 partos ocorridos na MMLB em 2012, estimou-se tamanho amostral mínimo de 358, ao qual foram adicionados 20% considerando-se possíveis perdas (N=429).

A coleta de dados foi realizada entre julho de 2013 e março de 2014 e teve início com a identificação diária das puérperas na unidade de alojamento conjunto da MMLB, utilizando-se amostragem por conveniência.

A Figura 1 apresenta o Fluxograma demonstrando o acompanhamento das mulheres no puerpério imediato no município de Londrina/PR, informando as populações específicas em cada etapa, perdas amostrais, períodos de coleta de dados, com suas respectivas técnicas e instrumentos utilizados.

Figura 1 – Fluxograma demonstrando o acompanhamento das mulheres no puerpério imediato no Município de Londrina (PR). 2014.



É importante salientar que houve um período no qual ao mesmo tempo em que puérperas eram selecionadas para o estudo, outras já estavam em seguimento relativo à revisão puerperal precoce ambulatorial e/ou recebendo a visita domiciliar da equipe de pesquisa, decorridos 42 dias de pós-parto, para resgate dos dados referentes à revisão puerperal precoce domiciliar.

O instrumento utilizado foi estruturado com dados socioeconômicos, do cartão de pré-natal, do prontuário hospitalar, do formulário da Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial (RPPA) e questões relativas à Revisão Puerperal Precoce Domiciliar (RPPD). Os dados referentes ao pré-natal seguiram a proposta de adequação deste atendimento baseada em Coutinho et al.¹⁴ que analisa as anotações do cartão da gestante para classificar a assistência em adequada, inadequada ou intermediária. As orientações realizadas no atendimento pré-natal na UBS, o intervalo entre a última consulta do pré-natal e o parto foram igualmente avaliados.

Com relação ao parto foi analisada a indução do trabalho de parto, o tipo de parto, intercorrências intraparto e as condições do períneo. No ambulatório de puerpério foi levantada a adesão a RPPA; profissional que prestou o atendimento; checagem de cartão da gestante e caderneta de saúde da criança; uso de medicamentos; condições de aleitamento materno; sono e repouso; condição psicoemocional; vínculo entre mãe e filho; sinais vitais; avaliação clínico-ginecológica; higiene; orientações à mulher; peso, exame físico e orientações para Recém-Nascido (RN); contrarreferência à atenção primária e agendamento da revisão puerperal tardia na UBS.

Ressalta-se que o ambulatório de puerpério da MMLB atende de segunda a sexta-feira das oito às treze horas. Cerca de 12 mulheres comparecem diariamente para a revisão puerperal precoce que ocorre em até 10 dias pós-parto. A equipe de atendimento é formada por uma enfermeira obstetra, uma técnica de enfermagem e um médico ginecologista. As consultas são realizadas pela enfermeira diariamente que conta com apoio da avaliação médica três dias na semana, nos outros dois dias, caso exista a necessidade, a avaliação é realizada pelo plantonista. Para controle, o serviço possui uma agenda onde são anotados os nomes e horários em que cada puérpera será atendida e um lembrete é anexado no cartão da criança no momento da alta hospitalar.

Na Visita Domiciliar (VD) da equipe de saúde da família levantou-se variáveis sobre as orientações na alta hospitalar; adesão à RPPD; profissional que

realizou a VD; checagem de cartão da gestante e caderneta de saúde da criança; uso de medicamentos; condições de aleitamento; sono e repouso; condição psicoemocional; vínculo entre mãe e filho; sinais vitais; avaliação clínico-ginecológica; higiene; peso e exame físico do RN; orientações à mulher e RN; acompanhamentos ofertados ao binômio dentro da UBS e satisfação com o atendimento recebido no puerpério imediato.

As variáveis da RPPA e da RPPD foram comparadas às ações programáticas propostas pela MMLB e pelo Ministério da Saúde em consonância com a “Primeira Semana de Saúde Integral” baseada na Rede Cegonha¹⁵.

Os dados foram copilados no programa Microsoft Office Excel 2007 e transportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Foi utilizada a análise univariada e o Teste Qui-quadrado para busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$) entre as variáveis independentes e a dependente [tipo de atendimento no puerpério imediato].

O estudo seguiu às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), CAAE: 19352513.9.0000.5231.

RESULTADOS

Do total de 429 puérperas, a taxa de resposta foi de 83,44% (N=358). As características sociais das mulheres evidenciaram maioria de jovens adultas (78,8%) e percentual elevado de adolescentes (21,2%). Quase a totalidade vivia com o companheiro (84,1%) e tinham até onze anos de estudo (92,5%); 60,1% eram multíparas; 58,9% sem vínculo empregatício e 68,1% tinham a renda familiar de até R\$1.399,00.

A análise da adequação do atendimento pré-natal apontou a classificação deste serviço como intermediário (48%); inadequado (27%) e adequado (25%). Durante este atendimento as gestantes relataram ter recebido orientações sobre sinais de trabalho de parto (58%); 45% tipo de parto; 16% parto; e 86% das mulheres referiram orientações sobre o hospital de referência para o nascimento da criança; destas, 72% relataram a MMLB, 61% referiram o Hospital Universitário, 4% foram referenciadas a procurar assistência em hospital privado.

O intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto variou de zero a 15 dias para a maioria das mulheres (72,6%); 18,7% tiveram intervalo entre 16 e 30 dias; e 8,7% maior que 31 dias. As puérperas deram à luz predominantemente pela via vaginal (75%); 42,7% tiveram o trabalho de parto induzido por ocitocina; 43,3% apresentaram intercorrências intraparto, sendo que 32,6% destas não receberam a RPPD. As condições dos períneos observados foram na maioria íntegros (57,5%); com laceração de 1º grau (21,8%); com episiotomia (11,5%) e com laceração de 2º grau (9,2%).

Na alta hospitalar, 48% das puérperas relataram não receber orientações sobre local de referência para problemas no aleitamento materno; 76% não foram instruídas sobre sinais e sintomas de infecção puerperal e 86% acerca de hemorragia. Foram contrarreferenciadas à atenção primária de saúde 84% das mulheres.

No que tange ao atendimento recebido no puerpério imediato, observou-se que 28,2% das mulheres realizaram a RPPA e a RPPD; 34,1% realizaram apenas a RPPA; 19,5% receberam a RPPD; e 18,2% não tiveram qualquer acompanhamento (Tabela 1). Entre as mulheres que não receberam qualquer atendimento no puerpério imediato, 23,1% eram adolescentes, 55,4% tinham entre 20 a 29 anos e 21,5%, 30 ou mais anos de idade; 20% possuíam até sete anos de estudo e 63,1% eram do lar.

Tabela 1

Distribuição das mulheres, segundo o tipo de atendimento recebido no puerpério imediato. Londrina (PR), 2014.

Tipo de atendimento no puerpério imediato	n	%
RPPA* e RPPD**	101	28,2
RPPA	122	34,1
RPPD	70	19,5
Nenhum	65	18,2
Total	358	100,0

*RPPA: Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial.

**RPPD: Revisão Puerperal Precoce Domiciliar.

Aderiram à RPPA 60,6% das mulheres, onde 63,2% dos atendimentos foram realizados pelo enfermeiro, 27,1% pelo médico e enfermeiro e 9,7% somente pelo médico. No decorrer deste atendimento, todas as mulheres receberam cuidados relacionados ao uso de medicamentos, alimentação do RN,

sono e repouso, condição psicoemocional, vínculo entre mãe e filho e checagem da caderneta de saúde da criança (Tabela 2).

Alguns cuidados não foram ofertados às mulheres como a verificação do cartão da gestante (100%), para dados do parto, intercorrências no parto e pós-parto, teste HIV e sífilis; a avaliação da mamada (94,6%); a identificação de dificuldades na amamentação (94,2%); risco de desmame precoce (15,9%); a palpação do abdômen (26,8%); o aspecto da incisão cirúrgica/episiotomia/períneo (17,8%); o lóquio (39,1%); as orientações sobre aleitamento materno (65,1%), autocuidado (76,7%); e o agendamento para revisão puerperal tardia (100%). Em contrapartida as orientações de planejamento familiar atingiram 95,3% das puérperas. Em relação aos cuidados com a criança na RPPA, não ocorreram à realização do exame físico e peso do RN. Houve orientação para puericultura e vacina (83,3%) e para cuidados com o RN (89,1%) (Tabela 2). Entre estes, 87,2% eram relativos ao teste do pezinho, coraçãozinho, orelhinha e olhinho.

Ao final do atendimento ambulatorial houve a contrarreferência das puérperas para o serviço de atenção primária, 3,5% das mulheres foram contrarreferenciadas para cuidados exclusivos à mulher; 30,6% para cuidados ao binômio; 43,4% para cuidados ao recém-nascido e 22,5% não receberam orientação de contrarreferência.

Com relação à RPPD na atenção primária, 52,3% das mulheres relataram não ter recebido este atendimento. Entre as que receberam a VD, 64,9% foram assistidas por enfermeiros, 19,3% por agentes comunitários de saúde (ACS), 7% por técnicos de enfermagem, 5,8% por médicos e 3,0% por residentes de enfermagem.

Na RPPD, constatou-se a ausência da verificação do cartão da gestante; uso de medicamentos; alimentação do RN; dificuldades na amamentação; risco de desmame precoce, sono e repouso; condição psicoemocional; vínculo entre o binômio; higiene; sinais vitais; hábitos urinários e intestinais; e orientações de autocuidado, planejamento familiar e cuidados com o RN (Tabela 2).

Entre os cuidados não ofertados às puérperas destacaram-se a avaliação da mamada (49,7%), condição das mamas (39,2%), a palpação do abdômen (53,2%), a verificação do aspecto da incisão cirúrgica/episiotomia/períneo (67,8%), o lóquio (67,8%), a orientação de aleitamento materno (49,7%) e o agendamento da revisão puerperal tardia na UBS (53,8%). A assistência voltada para o RN revelou a falta de verificação do cartão de saúde da criança (23,4%), a

realização do exame físico (48,5%) e peso (80,7%), e o agendamento para puericultura e vacinas (23,4%) (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição dos cuidados ofertados na revisão puerperal precoce ambulatorial e domiciliar no puerpério imediato, segundo as ações programáticas propostas pelo Município e Ministério da Saúde. Londrina (PR), 2014.

Cuidados que devem ser ofertados no puerpério imediato	Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial (RPPA) (N=426) n = 258				Revisão Puerperal Precoce Domiciliar (RPPD) (N=358) n = 171				Ambos os atendimentos (N=358) n = 101							
	Sim		Não		Sim		Não		RPPA*		RPPD**		Sim		Não	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Checagem do cartão da gestante	-	-	258	100,0	-	-	171	100,0	-	-	101	100,0	-	-	101	100,0
Uso de medicamentos	258	100,0	-	-	-	-	171	100,0	101	100,0	-	-	-	-	101	100,0
Avaliação da mamada	14	5,4	244	94,6	86	50,3	85	49,7	05	5,0	96	95,0	52	51,5	49	48,5
Dificuldades na amamentação	15	5,8	243	94,2	-	-	171	100,0	08	7,9	93	92,1	-	-	101	100,0
Risco de desmame precoce	258	100,0	-	-	-	-	171	100,0	17	16,8	84	83,2	-	-	101	100,0
Condições das mamas	234	90,7	24	9,3	104	60,8	67	39,2	89	88,1	12	11,9	61	60,4	40	39,6
Alimentação atual do RN	258	100,0	-	-	-	-	171	100,0	101	100,0	-	-	-	-	101	100,0
Orientação sobre aleitamento materno	90	34,9	168	65,1	86	50,3	85	49,7	35	34,7	66	65,3	52	51,5	49	48,5
Sono e repouso	258	100,0	-	-	-	-	171	100,0	101	100,0	-	-	-	-	101	100,0
Condição Psicoemocional	258	100,0	-	-	-	-	171	100,0	101	100,0	-	-	-	-	101	100,0
Vínculo entre mãe e filho	258	100,0	-	-	-	-	171	100,0	101	100,0	-	-	-	-	101	100,0
Condições de higiene	255	98,8	03	1,2	-	-	171	100,0	98	97,9	03	3,0	-	-	101	100,0
Verificação dos sinais vitais	256	99,2	02	0,8	-	-	171	100,0	101	100,0	-	-	-	-	101	100,0
Observação do Abdômen	189	73,2	69	26,8	80	46,8	91	53,2	72	71,3	29	28,7	50	49,5	51	50,5
Aspecto incisão cirúrgica/episiotomia/ períneo	212	82,2	46	17,8	55	32,2	116	67,8	82	81,2	19	18,8	33	32,7	68	67,3
Lóquio	157	60,9	101	39,1	55	32,2	116	67,8	59	58,2	42	41,6	34	33,7	67	66,3
Hábitos urinários	254	98,5	04	1,5	-	-	171	100,0	100	99,0	01	1,0	-	-	101	100,0
Hábitos intestinais	255	98,8	03	1,2	-	-	171	100,0	89	88,1	12	11,9	-	-	101	100,0
Orientação sobre autocuidado	60	23,2	198	76,7	-	-	171	100,0	20	19,8	81	80,2	-	-	101	100,0
Orientação sobre planejamento familiar	246	95,3	12	4,7	-	-	171	100,0	99	98	02	2,0	-	-	101	100,0
Agendamento da revisão puerperal tardia	-	-	258	100,0	79	46,2	92	53,8	-	-	101	100,0	35	34,7	66	65,3
Caderneta de saúde da criança	258	100,0	-	-	131	76,6	40	23,4	101	100,0	-	-	78	77,2	23	22,8

(Continuação)

Peso do RN	-	-	258	100,0	33	19,3	138	80,7	-	-	101	100,0	22	21,8	79	78,2
Exame físico do RN	-	-	258	100,0	88	51,5	83	48,5	-	-	101	100,0	54	53,5	47	46,5
Orientações de cuidados com o RN	230	89,1	28	10,9	131	76,6	40	23,4	91	90,1	10	9,9	78	77,2	23	22,8
Orientação sobre puericultura e vacinas	215	83,3	43	16,7	131	76,6	40	23,4	83	82,2	18	17,8	78	77,2	23	22,8

*RPPA: Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial.

**RPPD: Revisão Puerperal Precoce Domiciliar.

Não houve associação entre as variáveis socioeconômicas e o tipo de atendimento no puerpério imediato. Contudo, houve associação estatisticamente significativa deste com o tipo de parto ($p \leq 0,002$) e com a orientação para o parto no pré-natal ($p \leq 0,036$). Entre as mulheres que não haviam recebido nenhum tipo de revisão puerperal precoce, 87,7% tiveram parto normal espontâneo e 12,3% tiveram parto cesáreo (Tabela 3).

Tabela 3

Relação entre tipo de atendimento no puerpério imediato e as variáveis da história obstétrica. Londrina (PR), 2014. N=358.

Variáveis	Tipo de atendimento no puerpério imediato								Valor de p^*
	Ambulatório e domicílio (n=101)		Só ambulatório (n=122)		Só domicílio (n=70)		Nenhum (n=65)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Paridade									
Primíparas	40	39,6	52	42,6	27	38,6	24	36,9	0,645
Múltiparas	61	60,4	70	57,4	43	61,4	41	63,1	
Adequação do Pré-Natal									
Adequado	23	22,8	37	30,3	13	18,6	18	27,7	0,613
Intermediário	49	48,5	57	46,7	39	55,7	24	36,9	
Inadequado	29	28,7	28	23,0	18	25,7	23	35,4	
Orientações no Pré-Natal:									
Tipo de parto									
Sim	30	29,7	23	18,9	14	20,0	11	16,9	0,061
Não	71	70,3	99	81,1	56	80,0	54	83,1	
Sinais de trabalho de parto									
Sim	32	31,7	29	23,8	23	32,9	17	26,2	0,746
Não	69	68,3	93	76,2	47	67,1	48	73,8	
Parto									
Sim	60	59,4	53	43,4	35	50,0	26	40,0	0,036
Não	41	40,6	69	56,6	35	50,0	39	60,0	
Intervalo entre o pré-natal e o parto									
0 a 15 dias	72	71,3	94	77,0	48	68,6	46	70,8	0,790
16 a 30 dias	21	20,8	17	13,9	16	22,9	13	20,0	
31 e + dias	08	7,9	11	9,0	06	8,5	06	9,3	
Tipo de parto									
PN** espontâneo	69	68,3	79	64,8	55	78,6	57	87,7	0,002
PN instrumental	01	1,0	05	4,1	01	1,4	-	-	
Cesárea	31	30,7	38	31,1	14	20,0	08	12,3	
Indução do parto									
Sim	35	34,7	61	50,0	26	37,1	31	47,7	0,914
Não	66	65,3	61	50,0	44	62,9	34	52,3	
Intercorrências Intraparto									
Sim	34	33,7	44	6,1	17	24,3	17	26,2	0,134
Não	67	66,3	78	63,9	53	75,7	48	73,8	
Condições do períneo									
Íntegro	58	57,5	66	54,1	47	67,1	37	56,9	0,751
Laceração 1º grau	28	27,7	27	22,1	07	10,0	16	24,6	
Laceração 2º grau	08	7,9	11	9,0	08	11,4	06	9,2	
Episiotomia	07	6,9	18	14,7	08	11,4	06	9,2	

(Continuação)**Orientações de alta****Infecção puerperal**

Sim	26	25,7	31	25,4	13	18,6	14	21,5	0,334
Não	75	74,3	91	74,6	57	81,4	51	78,5	

Hemorragia

Sim	15	14,9	17	13,9	08	11,4	12	18,5	0,712
Não	86	85,1	105	86,1	62	88,6	53	81,5	

Local referência para AM***

Sim	52	51,5	68	55,7	31	44,3	36	55,4	0,943
Não	49	48,5	54	44,3	39	55,7	29	44,6	

Contrarreferência

Sim	88	87,1	99	81,1	62	88,6	52	80,0	0,477
Não	13	12,9	23	18,9	08	11,4	13	20,0	

**Teste Qui-quadrado* $p \leq 0,05$.

**PN: Parto Normal.

***AM: Aleitamento Materno.

Quanto à satisfação da mulher sobre o tipo de atendimento recebido no puerpério imediato, 84,8% relataram estar satisfeitas com a RPPA na MMLB e 32,2% com a RPPD na atenção primária à saúde.

DISCUSSÃO

Neste estudo analisou-se as ações programáticas ofertadas às mulheres no puerpério imediato, por meio de elementos relacionados à organização, acesso e qualidade do serviço de saúde, através da comparação entre as ações observadas no ambulatório de puerpério da MMLB e os relatos das mulheres frente às ações ofertadas na visita domiciliar.

O cuidado ofertado no pós-parto deve embasar-se na história obstétrica, na assistência ao parto e nas reais necessidades da mulher, do recém-nascido e de sua família. A assistência de qualidade nesse período é importante para a adaptação à nova realidade, a superação de dificuldades e a criação do vínculo entre mãe e filho, além de diminuir as barreiras que dificultam o acesso das mulheres ao serviço de saúde, aumentando sua adesão aos programas inerentes ao período puerperal.

Neste contexto, entende-se que para avaliar as ações programáticas pertinentes ao puerpério imediato, fez-se necessário o resgate do atendimento pré-natal e ao parto. O diagnóstico do acompanhamento pré-natal evidenciou dicotomia entre a ampla cobertura e a baixa qualidade assistencial. A cobertura pré-natal das participantes foi efetiva, apesar da classificação do atendimento ter sido inadequada

ou intermediária. Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro revelou que apenas 38,5% das gestantes tiveram atendimento pré-natal adequado, segundo parâmetros do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e que, quando observadas somente as gestações a termo, o percentual de adequação caiu para apenas 8,5%¹⁶. Estes dados refletem o abandono da mulher logo no início do ciclo gravídico puerperal, pois a cobertura efetivamente não se traduz em eficiência assistencial.

Outro diagnóstico importante foi o hiato assistencial entre a última consulta pré-natal e o parto, revelando os entraves na continuidade da assistência à mulher entre as etapas que envolvem sua gravidez e parto.

Salienta-se que a efetivação de seis ou mais consultas durante a gestação não justifica a dispensa desse acompanhamento, a “alta do pré-natal” é vista como uma prática indesejada que interrompe a continuidade da assistência à gestante e indica a fragilidade do atendimento pré-natal no final da gestação¹⁷.

A ocorrência de partos normais e a prática diminuta da episiotomia mostraram respeito ao diagnóstico de risco habitual e intermediário destas mulheres, entretanto o número de partos cesáreos não foi irrelevante. O parto cesáreo traz riscos à saúde da mulher e seu filho, aumentando a morbidade e mortalidade materna e neonatal. O alto grau de intervencionismo no Brasil encontra-se aquém dos 15% estipulados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e segundo o DATASUS a taxa de cesáreas no país atingiu 53,88% em 2011^{18,19}.

Mesmo com a frequência de partos normais, as mulheres deste estudo apresentaram intercorrências relativas à incidência de mecônio, distócia ou falha de progressão e sofrimento fetal. Ressalta-se o uso elevado de ocitocina como indutor do trabalho de parto. Segundo achados de Osava et al.²⁰ houve associação positiva entre a infusão de ocitocina durante o trabalho de parto e a presença de mecônio no líquido amniótico, assim como o aumento da proporção de cesarianas. A indução do trabalho também é considerada fator de risco para a hemorragia severa no pós-parto, sendo esta a segunda causa de morte materna no país²¹.

Diversas situações de vulnerabilidade foram apontadas por Cabral, Hirt e Van der Sand¹² no atendimento pré-natal e ao parto. Estas situações conferiram visibilidade à vulnerabilidade programática e algumas delas corroboraram aos achados deste estudo como a descontinuidade da atenção e baixa qualidade do serviço pré-natal.

Neste estudo, apesar da ocasião favorável às orientações na alta hospitalar por ocasião do parto, estas foram pouco disseminadas, principalmente as relacionadas ao aleitamento materno, sinais e sintomas de infecção puerperal e hemorragia. Por outro lado, a contrarreferência à atenção primária foi positiva, apesar de desprovida da ênfase necessária à importância da revisão puerperal precoce. Informar as mulheres para que compareçam à UBS no pós-parto, de forma alguma garante o entendimento sobre a importância do atendimento domiciliar a que têm direito, nem tampouco sobre todas as ações disponíveis para a promoção e prevenção de agravos à saúde decorrentes da efetivação deste cuidado.

A falha das orientações na alta hospitalar acerca da importância das revisões puerperais e a ausência de responsabilidade das instituições de saúde com o paciente que recebeu alta e foi para a comunidade, contribui para que as mulheres adotem medidas prejudiciais à sua saúde no âmbito domiciliar^{22,23}.

O diagnóstico da revisão puerperal precoce no município em estudo indicou a desarticulação da organização do serviço de saúde na atenção à saúde da mulher no puerpério imediato, ainda não consolidada. Desta maneira, a RPPA oferecida às mulheres na MMLB, apesar de proporcionar cuidados essenciais às mesmas pode estar se caracterizando como uma barreira na organização do serviço de saúde no nível da atenção primária e tende a confundir as mulheres. O foco do ambulatório deveria ajustar-se à revisão clínico-ginecológica inerente às questões hospitalares e a atribuição dos profissionais seria valer-se de explicações dos direitos das mulheres e deveres da atenção primária em relação às revisões puerperais.

A revisão puerperal precoce na esfera domiciliar revela-se uma ferramenta imprescindível no pós-parto que propicia o vínculo entre o profissional enfermeiro, a mulher e sua família. Nesta oportunidade a puérpera fica à vontade para expor suas dúvidas, sentimentos, queixas e questionamentos, enquanto a profissional vivencia suas reais condições de vida e cria estratégias que potencializem os fatores de proteção da puérpera e sua família²⁴.

Constatou-se que a adesão à RPPA foi superior à realização da RPPD na atenção primária. Supõe-se que a adesão à RPPA foi maior, por se tratar de serviço bem estruturado, com facilidade de acesso e contar com divulgação por parte de seus profissionais. Já a RPPD teve baixa oferta, desconhecimento das mulheres e parece pouco valorizada pelos profissionais.

A atenção primária no município está organizada por meio da ESF e conta com 93 equipes multiprofissionais distribuídas em 52 UBS situadas na zona urbana e rural^{25,26}. Entende-se que existem recursos humanos para a concretização da RPPD, ainda assim esta não se efetivou.

O fato da vulnerabilidade das mulheres no pós-parto não ser reconhecida como um problema de saúde, somada a profissionais que visualizam esse período apenas no plano biológico e, não havendo uma base patológica, a demanda perde seu sentido e importância e tende a ser naturalizada, desqualificada e desconsiderada. Por outro lado, a ESF esbarra em problemas estruturais e organizacionais, tendo a necessidade de priorizar a demanda reprimida a ser atendida, focando a assistência no modelo biomédico tradicional ao invés da promoção da saúde a qual se fundamenta²⁷.

A organização dos serviços de saúde na atenção primária é amplamente discutida, bem como suas inconsistências, perpassando coeficientes inatingíveis entre metas, demandas e recursos humanos, estes, essenciais para a concretização das ações propostas. Entretanto, há um recorte fundamental sobre o qual não se pode perder o foco, o da prioridade, da prevenção do risco, da extinção da percepção de senso comum de que '*as coisas do pós parto*' são responsabilidade da mulher e sua família.

Outro componente fundamental para a realização da RPPD é o êxito do sistema de referência e contrarreferência à atenção primária. Val²⁸ destacou que sistema de referência/contrarreferência é um obstáculo programático à integralidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade, pois são baixas ou inexistentes as informações de retorno às UBS.

No que diz respeito às ações programáticas no período puerperal, aquelas referentes ao aleitamento materno são direcionadas para o incentivo, manutenção e restauração da amamentação e, principalmente, prevenção do desmame precoce. Entretanto, os cuidados ofertados permearam entre insatisfatórios, no atendimento ambulatorial e intermediário no atendimento domiciliar.

Britto²⁹ evidenciou que as ações educativas voltadas para o incentivo à amamentação no puerpério são fundamentais para a humanização e qualidade da assistência e tem relação com a organização do serviço de saúde, capacitação e qualificação dos profissionais envolvidos. Lima e Souza³⁰ destacaram

a visita domiciliar no puerpério como recurso programático importante para promoção do aleitamento materno e para transpor a vulnerabilidade social da mulher e as dificuldades de acesso ao serviço de saúde.

Na avaliação clínico-ginecológica a tríade abdômen, incisão cirúrgica, episiotomia ou períneo e lóquio apresentaram índices altos e alarmantes entre os cuidados não ofertados às mulheres na RPPA e na RPPD, assim como as orientações de autocuidado para prevenção e identificação de possíveis complicações. Ressalta-se que a falta de conhecimento da puérpera frente aos sinais e sintomas de infecção, hemorragia e ausência de informações sobre os cuidados específicos desse período, abrem espaço para condutas baseadas em crenças e atitudes desfavoráveis.

Algumas intercorrências provenientes do puerpério imediato podem ser atribuídas ao despreparo e/ou desinformação do profissional e pela incompreensão da mulher às orientações oferecidas, principalmente no pós-parto hospitalar³¹. A revisão puerperal precoce é estratégia eficaz no diagnóstico de situações características do pós-parto, possibilitando ao enfermeiro realizar um plano de cuidados ou de intervenções que incentive o autoconhecimento e estimule a puérpera ao autocuidado³².

Entre os achados deste estudo, notou-se que na RPPA o cuidado extrapolou os aspectos clínicos e abordou ações relacionadas à condição psicoemocional, criação de vínculo e planejamento familiar, mesmo não contextualizando e vivenciando a realidade social da mulher. Apesar da relevância dessas ações em qualquer atendimento, acredita-se que essas informações deveriam ser elencadas e discutidas no domínio da ESF, em razão da compreensão do contexto social e das necessidades concretas da puérpera, viabilizadas por meio da visita domiciliar.

O atendimento ambulatorial deixou a desejar na avaliação do RN, porém a contrarreferência à atenção primária e as orientações ofertadas as crianças excederam as informações de aleitamento materno e autocuidado, assim como foi ínfima a contrarreferência exclusiva a puérpera, gerando um paradoxo assistencial.

NA RPPD, muitas das ações programáticas preconizadas não foram realizadas e pouco se disseminou o aleitamento materno, bem como restringiu-se à avaliação clínico-ginecológica da puérpera que ficou em patamar inferior quando comparada ao exame físico e seguimento do RN. Reforça-se que a VD é peça-chave

na saúde da mulher e os profissionais envolvidos nesse processo, principalmente o enfermeiro pelo alto número de visitas observadas nesse estudo, tem o dever de se aproximar da mulher e de sua família, vivenciar sua realidade, levantar suas queixas e conduzi-las, e ir além do aspecto fisiológico do puerpério, enxergando os vários papéis que ela desempenha e não somente o materno.

É nesta oportunidade que as portas se abrem para o processo educativo, pois a visita incorpora um conjunto de saberes e práticas conduzidas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. É impreterível que o enfermeiro busque compreender a integralidade da mulher, sua capacidade de cuidar e atue como facilitador no período pós-parto³³.

Ao analisar as ações programáticas dentro da tríade organização do serviço de saúde, acesso e qualidade do serviço, o abandono da mulher no puerpério imediato foi evidenciado. Pode-se inferir que a situação de abandono ocorreu desde o início do ciclo gravídico-puerperal, destacada nas associações entre as orientações sobre o parto no pré-natal e o tipo de parto com a variável dependente em estudo, *tipo de atendimento no puerpério imediato*, caracterizada na ausência de cuidado e na falta de informações acessíveis para o enfrentamento do puerpério imediato. Continuou na alta hospitalar, permanecendo, para algumas mulheres no atendimento ambulatorial e domiciliar, como consequência de ações escassas e ineficientes no pós-parto imediato e emergiu de forma alarmante, para aquelas puérperas que não contaram com qualquer tipo de atendimento neste período.

Para Monteiro³⁴, o abandono no puerpério imediato tem início na internação hospitalar, onde muitas mulheres se queixam da ausência de apoio do profissional de saúde, especialmente para sanar suas dúvidas e enfrentar as inseguranças e obstáculos condizentes ao seu papel de mãe. No estudo de Rodrigues et al.³⁵ constataram o abandono sofrido pelas mulheres no pós-parto imediato, evidenciado por relatos quanto a falha no acompanhamento pré-natal, na hospitalização, nas orientações pertinentes ao puerpério, assim como seu despreparo para vivenciá-lo, e a não efetivação da VD, momento oportuno para esclarecimento de dúvidas e promoção da saúde do binômio.

Mesmo frente aos problemas aqui discutidos, as mulheres ficaram satisfeitas com os cuidados ofertados na RPPA, ao contrário de quando questionadas sobre sua satisfação com a RPPD. A insatisfação com a revisão

puerperal precoce no âmbito domiciliar, provavelmente foi decorrente do baixo número de visitas praticadas e da ausência de vínculo com os profissionais da UBS. Para Álvarez-Franco³⁶ a satisfação da puérpera está vinculada ao profissional que a assiste e a maneira como ele oferece comodidade e bem-estar, física e emocional, a ela, a seu filho e a sua família.

Conclui-se que a análise das ações ofertadas às mulheres no puerpério imediato, neste estudo, trouxe à tona elementos da vulnerabilidade programática como a fragmentação da organização do serviço de saúde, as barreiras de acesso e a baixa qualidade assistencial. Este diagnóstico remete à necessidade de revisitação das ações implementadas no município, por meio de reuniões no âmbito da atenção primária entre o ambulatório de puerpério da MMLB e gestores municipais da ESF para definição das ações a serem realizadas por cada serviço, qualificação dos profissionais envolvidos e seguimento de um protocolo único, evitando assim que a assistência não gere custos desnecessários em função da duplicidade de algumas ações, inexistência de outras e não comprometa a saúde da mulher, materializada na fragmentação do cuidado, nas fragilidades da integralidade e da humanização da assistência, atuais.

REFERÊNCIAS

1. Morais MM. Avaliação da atenção pré-natal da estratégia saúde da família no município de Santa Helena de Goiás [dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2013.
2. Giovanni MD. Rede cegonha: da concepção à implantação [monografia]. Brasília (DF): Escola Nacional de Administração Pública; 2013.
3. Nascimento CMB. A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
4. Ministério da Saúde (BR). Curso de auto aprendizado redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. World Health Organization. Technical consultation on postpartum and postnatal care. Geneva: WHO; 2010.
6. Khanal V, Adihikari M, Karkee R, Garvidia T. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal demographic and health survey 2011. BMC Women's Health [Internet]. 2014 [citado 2014 nov 14]; 14(19). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-14-19.pdf>.

7. Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene*. 2012;13(1):74-84.
8. Angelo HB, Brito RS. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? *Rev Rene*. 2012;13(5):1163-70.
9. Santos FAPS, Brito RS, Mazzo MHSN. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. *Rev Min Enferm*. 2013;17(4):854-58.
10. Prefeitura Municipal (Londrina). Autarquia Municipal de Saúde. Assistência integral à gestante de baixo risco e puérpera: protocolo. Londrina; 2006. [citado 2014 dez 12]. Disponível em:
http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/1_prot_mulher_gestante_puerpera.pdf
11. Prefeitura Municipal (Londrina). Autarquia Municipal de Saúde. Ambulatório de Puerpério. [citado 2014 dez 12]. Disponível em:
http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16881:ambulatorio-de-puterperio&catid=9:saude&Itemid=1719.
12. Cabral FB, Hirt LM, Van Der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):281-87.
13. Ayres JRCS, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 375-418.
14. Coutinho T, Montiero MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em município do sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(11):563-9.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Domingues RMSM. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):425-37.
17. Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Pimpão FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. *Rev Latino-am Enferm*. 2012;20(1): 201-10.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria executiva. DATASUS. Indicadores de cobertura: proporção de partos cesáreos. 2011 [citado 2014 out 27]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>.

19. Victora CG, Barreto MC, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* [Internet]. 2011 [citado 2014 dez 10];377(978):2042-53. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60055-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60055-X/abstract).
20. Osava RH, Silva FMB, Oliveira SMJV, Tuesta EF, Amaral MCE. Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(6):1023-9.
21. Martins HEL, Souza ML, Arzuaga-Salazar MA. Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2013;47(5):1025-30 .
22. Acosta DF, Gomes VLO, Kerber NPC, Costa CFS. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1327-33.
23. Silva MAM, Oliveira SHS, Pinheiro AKB, Ximenes LB, Barroso MGT. Promoção da saúde de puérperas: conhecimentos e práticas de enfermeiras. *Rev Rene*. 2012;13(2):280-90.
24. Minasi JM, Barros AM, Souza CS, Pinheiro TM, Francioni FF, Kerber NPC. Perfil obstétrico e intercorrências de puérperas assistidas em visita domiciliária. *Rev Rene*. 2013;14(4):757-64.
25. Prefeitura Municipal (Londrina). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Londrina; 2013 [citado 2014 nov 14]. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf.
26. Ministério da Saúde (BR). Datasus. CNESNet. Cadastro nacional de estabelecimento de saúde. 2015. [citado 2015 jan 20]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_equipes.asp.
27. Cabral FB. Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
28. Val LF. Desafios da integralidade na atenção às DST/HIV/AIDS: a vulnerabilidade programática nas unidades básicas de saúde do Município de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.
29. Britto LF. Orientação e incentivo ao aleitamento materno na assistência pré-natal e puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Saúde Pública Santa Cat*. 2012;6(1):66-80.
30. Lima LS, Souza SNDH. Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. *Semina: Ciênc Biol Saúde*. 2013;34(1):73-90.

31. Silva LR, Silva LA, Silva MDB, Santos IMM, Vilar ASE, Guimarães EC. Nursing puerperium: to detecting knowledge of the women for self-care and care of the newborn. *Rev Pesq Cuid Fundam Online [Internet]*. 2012 [citado 2014 out 29];4(2):2327-37. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1847>.
32. Riul SS. Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pelas puérperas. *Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]*. 2013 [citado 2014 nov 08];2(1):75-8. Disponível em:
<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/378>.
33. Bernardi MC, Carraro TE, Sebold LF. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2011;12(n. esp):1074-80.
34. Monteiro LC. Representações sociais de puérperas sobre o cuidado de si e o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2011.
35. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Rodrigues MSR. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto Contexto-Enferm*. 2006;15(2):277-86.
36. Álvarez-Franco CC. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aquichán [Internet]*. 2013 [citado 2014 out 27];13(1):17-26. Disponível em:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a03.pdf>.

8.2 ARTIGO 2

ADESÃO À REVISÃO PUERPERAL TARDIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A PERSPECTIVA DO MODELO DE CAMPO DE SAÚDE DE LALONDE**RESUMO**

OBJETIVO: Resgatar o acompanhamento da atenção primária no puerpério tardio e a procura das mulheres por cuidado de saúde.

MÉTODOS: Estudo de coorte prospectivo, embasado no Modelo de Campo de Saúde de Lalonde. Amostra constituída por 358 puérperas. Período de coleta de dados de julho de 2013 a março de 2014. Participantes identificadas no alojamento conjunto da Maternidade Municipal Lucilla Ballalai. Após o 42º dia pós-parto procedeu-se agendamento da visita domiciliar, para obtenção dos dados referentes à Revisão Puerperal Tardia (RPT) na atenção primária, bem como, à procura das mulheres por cuidado de saúde. A técnica utilizada foi entrevista estruturada, registrada em formulário semiestruturado. As variáveis foram distribuídas nos constructos biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização do serviço. Utilizou-se análise uni e multivariada para busca de associações entre as variáveis independentes e a dependente [revisão puerperal tardia na atenção primária].

RESULTADOS: Houve associação entre intercorrências intraparto ($p \leq 0,018$), revisão puerperal precoce ambulatorial ($p \leq 0,024$), aleitamento materno exclusivo ($p \leq 0,019$), revisão puerperal precoce domiciliar ($p \leq 0,006$), agendamento da RPT na visita domiciliar ($p = 0,000$), apoio profissional após alta hospitalar ($p \leq 0,029$) e a variável dependente.

CONCLUSÕES: A análise do resgate do acompanhamento da atenção primária no puerpério tardio, implementado por meio da Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública de saúde, bem como, a análise da procura por cuidado de saúde pelas mulheres, proporcionou diagnósticos relativos à: atuação pouco efetiva do serviço de saúde na dimensão microssocial, evidenciada pela baixa cobertura de acompanhamento domiciliar; vulnerabilidade das mulheres, sugerida pelo abandono do acompanhamento integral no período puerperal por parte do serviço; exposição a situações de risco relacionadas ao autocuidado, traduzida pela baixa procura por cuidado de saúde por parte das puérperas; pouca efetividade na implementação das ações programáticas que apontam para a possibilidade de consequências nocivas à população.

DESCRITORES: Políticas Públicas de Saúde. Saúde da Mulher. Período Pós-Parto. Promoção da saúde.

ADHERENCE TO THE LATE POSTPARTUM REVIEW IN PRIMARY CARE UNDER THE LALONDE HEALTH FIELD CONCEPT PERSPECTIVE

ABSTRACT

OBJECTIVE: Redeem the monitoring of primary care in the late postpartum period and the demand of women on health care.

METHODS: Prospective cohort study, based on Lalonde's Health Field Concept. The sample consists of 358 puerperae. Data collection period July 2013 to March 2014. Participants identified in rooming of the Lucilla Ballalai Municipal Maternity. After the 42nd postpartum day, we proceeded to the domiciliary visit schedule, to obtain the data for the Late Puerperal Review (LPR) in primary care, as well as, women searching for healthcare. The technique used was a structured interview, recorded in semi-structured form. The variables were distributed in the constructs of human biology, environment, lifestyle and service organization. We used univariate and multivariate analyzes to detect associations between the independent variables and the dependent [late postpartum review in primary care].

RESULTS: There was association between intrapartum complications ($p \leq 0.018$), early postpartum outpatient review ($p \leq 0.024$), exclusive breastfeeding ($p \leq 0.019$), early postpartum home review ($p \leq 0.006$), scheduling of the LPR in home visit ($p = 0.000$), professional support after hospital discharge ($p \leq 0.029$) and the dependent variable.

CONCLUSIONS: Analysis of the primary care monitoring retrieval in the late postpartum period, implemented through the Family Health Service, as a public health policy, as well as the analysis of the demand for health care by women, provided diagnoses relating to: little activity of the service health in the micro dimension, as evidenced by low home care coverage; vulnerability of women, suggested by the abandonment of comprehensive monitoring in the postpartum period by the service; exposure to hazards related to self-care, translated by low demand for health care by the puerperae; little effectiveness in the implementation of program activities that point to the possibility of harm to the population.

DESCRIPTORS: Health Public Policy. Women's Health. Postpartum Period. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

O pós-parto é um período de grande vulnerabilidade para as mulheres. A puérpera vivencia condição única do seu processo saúde-doença, no qual podem surgir intercorrências que levem ao risco à saúde.⁶ O puerpério é classificado em imediato (entre o 1º ao 10º dia pós-parto), tardio (entre o 11º e 42º dia pós-parto) e remoto (a partir do 43º dia pós-parto).¹⁹

Em detrimento do consenso sobre a importância do acompanhamento da puérpera, observada historicamente por meio das políticas de saúde adotadas no Brasil,²² a percepção empírica que se tem é a de que estas mulheres não tem tido acesso aos direitos decorrentes destas ações programáticas. Pode-se dizer que a tentativa de efetivação desses direitos foi traduzida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) cujas ações são centradas na promoção da saúde e prevenção de agravos, mediante práticas educativas à comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS).¹⁸

No contexto desta proposta, encontra-se o período pós-parto com enfoque ainda medicalizado porém, essencial para o seguimento da mulher. O cuidado holístico também precisa ser evidenciado neste período, devido à maior vulnerabilidade psíquica da mulher. É preciso acolher as ansiedades e angústias da puérpera, abrir espaço para suas dúvidas e oferecer práticas que favoreçam a promoção da saúde.¹⁶

Nesse sentido, a revisão puerperal tardia (entre o 30º e 42º dia pós-parto),¹⁹ deve ser entendida como estratégia essencial para o diagnóstico de situações inerentes a este momento, que possibilita ao profissional de saúde, realizar um plano de cuidados ou de intervenções distinto e individualizado, considerando práticas culturais, crenças, conhecimentos e experiências decorrentes da convivência familiar.²⁴ Ainda que existam políticas públicas de saúde voltadas para a saúde da mulher, é notório que a assistência no período pós-parto encontra-se em patamares inferiores quando comparada ao pré-natal e ao parto.³

O resgate do acompanhamento puerperal enquanto política pública de saúde é fundamental e encontra subsídios para sua análise na proposta do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde. Este proporciona entendimento sobre as causas que contribuem para a doença e morte e facilita a identificação de ações que promovam a saúde, possibilitando diagnósticos, por meio da identificação das necessidades da população e escolhendo meios para suprir essas necessidades.¹²

Essa visão propõe a organização do cuidado em quatro constructos, sendo eles: a biologia humana, inerente aos fatores que se manifestam como resultado da constituição orgânica do indivíduo de maneira física ou mental; o ambiente, que envolve eventos externos que exercem efeito sobre o corpo; o estilo de vida, por meio das decisões adotadas pelos indivíduos e que interferem em sua saúde e a organização do serviço de saúde que se divide na qualidade, disponibilidade e quantidade de recursos para proporcionar cuidados preventivos, curativos e de recuperação da saúde.¹⁰

Vislumbrando a relevância do período pós-parto, buscou-se resgatar o acompanhamento da atenção primária no puerpério tardio e a procura das mulheres por cuidado de saúde.

MÉTODOS

Estudo de coorte prospectivo, embasado no referencial teórico-metodológico do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde.¹² A pesquisa foi realizada no município de Londrina/PR. A amostra foi constituída por 358 mulheres, à qual adicionou-se 20% em função de possíveis perdas (N=429), considerando a população de 3.415 partos ocorridos na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai (MMLB) em 2012. Os critérios de inclusão do estudo foram, ter diagnóstico de gestação de risco habitual ou intermediário e residir na zona urbana do município.

O período da coleta de dados foi de julho de 2013 a março de 2014. As participantes do estudo foram identificadas na unidade de alojamento conjunto da MMLB, por meio de amostragem por conveniência. Ao abordá-las, esclarecia-se o propósito do estudo e após concordância, dava-se início ao seguimento, por meio do resgate de dados socioeconômicos e história obstétrica. Utilizou-se a técnica de entrevista estruturada e transcrição de dados do prontuário institucional e do cartão de pré-natal em um formulário semiestruturado.

Após o 42º dia pós-parto, procedeu-se agendamento da visita domiciliar do pesquisador, para obtenção dos dados referentes à Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial (RPPA) e Domiciliar (RPPD) (entre o 7º e 10º dia pós-parto) e à Revisão Puerperal Tardia (RPT) na atenção primária, bem como à procura das mulheres por cuidado de saúde.

As variáveis do estudo foram distribuídas nos constructos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde. A biologia humana englobou idade, paridade, intercorrências intraparto, intercorrências no Puerpério Imediato (PI) e morbidade anterior à gestação. O ambiente compreendeu escolaridade, situação conjugal, condição de ocupação, procedência e renda familiar.

O constructo estilo de vida envolveu gravidez planejada, visita à MMLB na rotina do pré-natal, opção de parto, adesão à RPPA na MMLB, uso de método contraceptivo, aleitamento materno exclusivo (AME), procura por cuidados na MMLB dentro de 30 dias após o parto, procura por cuidados na UBS e satisfação da mulher com o atendimento recebido na RPT.

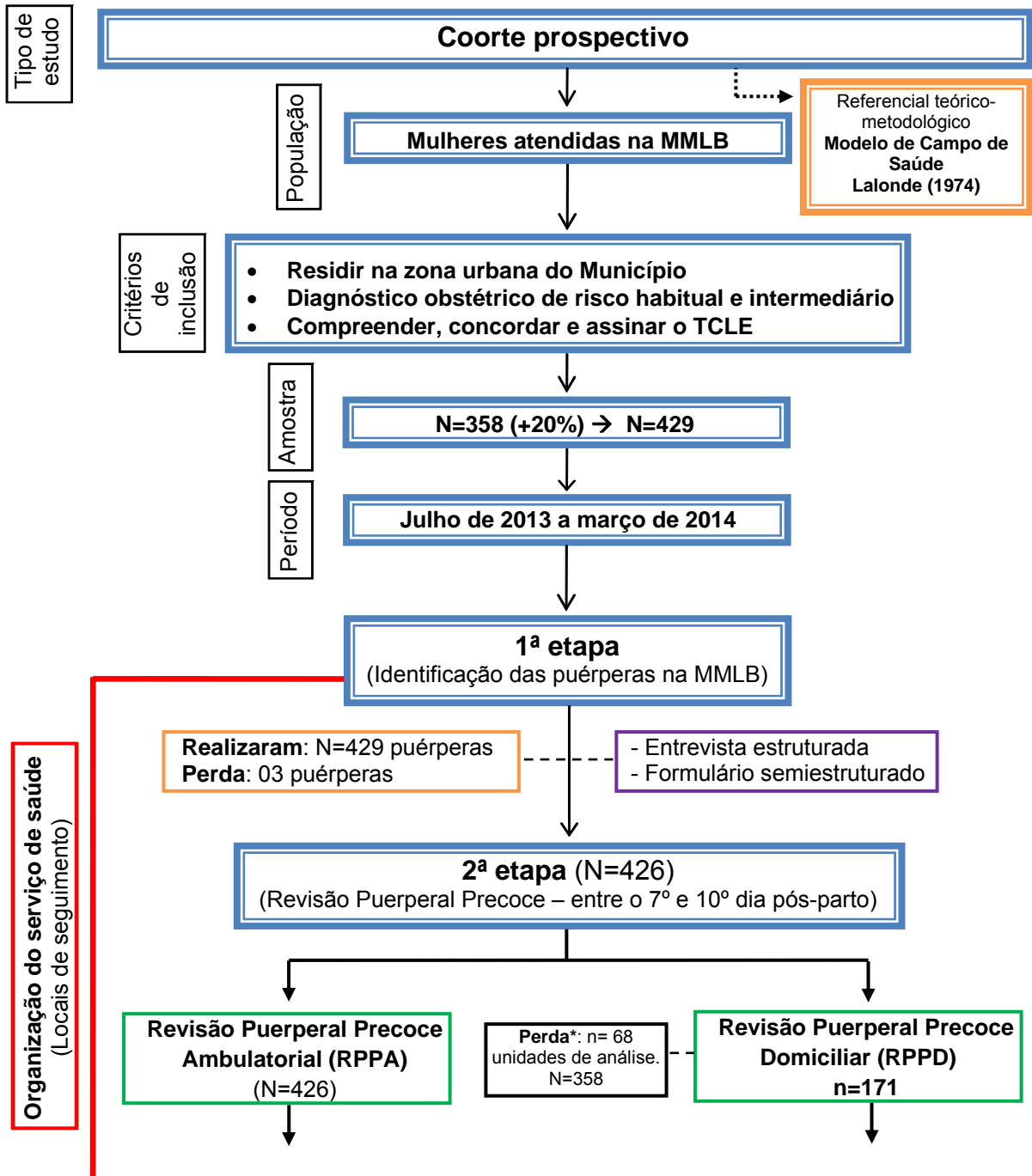
Na organização do serviço de saúde as variáveis incluídas foram: contrarreferência à UBS no momento da alta hospitalar, adesão à RPPD, agendamento da RPT na UBS durante Visita Domiciliar (VD), apoio profissional após alta hospitalar, adesão à RPT, profissional que realizou a RPT, inscrição no programa de planejamento familiar, agendamento do exame de citologia oncótica e de mama, local de oferta do método contraceptivo.

Os dados foram copilados no programa Excel 2007 e transportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Foram utilizados os Testes Qui-quadrado e Exato de Fisher na análise univariada e regressão logística múltipla entre as variáveis independentes e a dependente [revisão puerperal tardia na atenção primária].

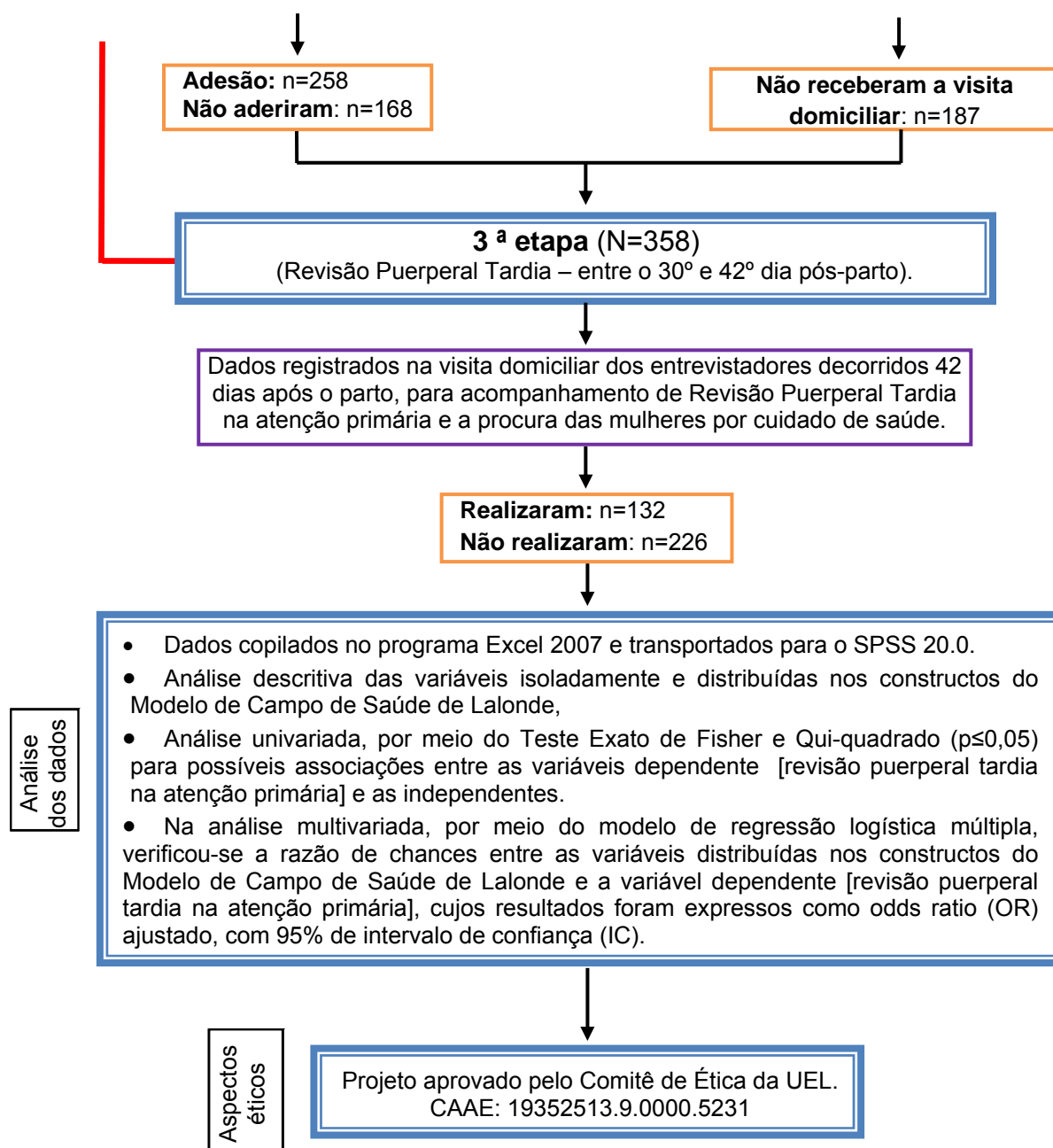
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), CAAE: 19352513.9.0000.5231 e seguiu às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A Figura 1 apresenta o Ordinograma demonstrando o acompanhamento das puérperas, participantes deste estudo.

Figura 1 – Ordinograma demonstrando o acompanhamento das puérperas em um estudo de coorte prospectivo. Londrina, PR, 2014.



(Continuação)



RESULTADOS

Do total de 429 mulheres, N=358 puérperas completaram todas as etapas do estudo, revelando uma taxa de resposta de 83,4%. Os resultados apresentam as variáveis em estudo, distribuídas nos constructos biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização do serviço de saúde.

No que concerne à biologia humana, observou-se que 78,8% das puérperas eram jovens adultas; 21,2% adolescentes; 60,1% multíparas; 12,6%

possuíam morbidade anterior à gestação; 31,3% apresentaram intercorrências intraparto e 28,8% intercorrências no PI.

Na Tabela 1 observa-se que entre as mulheres que não realizaram a RPT na atenção primária, 53,5% tinham entre 20 e 29 anos; 21,7% eram adolescentes; 42,9% primíparas; 11,9% referiram morbidade prévia à gravidez; 35,8% apresentaram intercorrências intraparto e 29,6% intercorrências no PI. Houve associação estatisticamente significativa entre a RPT na atenção primária e intercorrências intraparto ($p \leq 0,018$).

Tabela 1 – Relação entre a revisão puerperal tardia na atenção primária e características do constructo biologia humana. Londrina, PR, 2014. (N=358).

Variáveis	Revisão Puerperal Tardia na Atenção Primária				Valor de p
	Sim (n=132)		Não (n=226)		
	n	%	n	%	
Idade					
Até 19 anos	27	20,5	49	21,7	0,846**
20 a 29 anos	72	54,5	121	53,5	
30 e + anos	33	25,0	56	24,8	
Paridade					
Primíparas	46	34,8	97	42,9	0,147*
Multiparas	86	65,2	129	57,1	
Morbidade					
Sim	18	13,6	27	11,9	0,741*
Não	114	86,4	199	88,1	
Intercorrências Intraparto					
Sim	31	23,5	81	35,8	0,018*
Não	101	76,5	145	64,2	
Intercorrências no PI***					
Sim	36	27,3	67	29,6	0,717*
Não	96	72,7	159	70,4	

**Teste Exato de Fisher* $p \leq 0,05$.

***Teste Qui-quadrado* $p \leq 0,05$.

***PI: Puerpério Imediato.

Em relação ao constructo ambiente, verificou-se que as mulheres possuíam escolaridade média, de oito a onze anos de estudo (67,6%), viviam com companheiro (84,1%); eram do lar (58,9%); procediam da região norte (28,5%), sul (30,4%), leste (15,4%), oeste (18,4%) e central (7,3%); 68,1% tinham renda familiar de até R\$1.399,00 reais. Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis incluídas neste constructo e a RPT.

No constructo estilo de vida, pouco mais da metade das mulheres planejou a gravidez (58,9%); 78,8% optaram pelo parto normal; 84,9% não visitaram

a MMLB no pré-natal; 62,3% realizaram a RPPA; 81,3% utilizavam algum método contraceptivo; e 41,1% relataram não praticar AME.

A procura por cuidado no puerpério tardio foi igualmente avaliada. 12,6% das mulheres procuraram a MMLB dentro de 30 dias após o parto e 93% foram à UBS para procura de cuidados do ginecologista (45%), planejamento familiar (17,3%), dentista para o recém-nascido (47,2%), puericultura e vacinas (70%) e pediatra (74%).

A relação entre a RPT na atenção primária e o constructo estilo de vida evidenciou que entre as mulheres que não realizaram a RPT, 39,4% não haviam planejado a gravidez; 78,3% tinham como opção o parto normal; 85,4% não visitaram a MMLB no pré-natal; 66,8% realizaram a RPPA; e 36,3% não praticavam AME. A maioria fazia uso de método contraceptivo, porém pouco mais da metade destas não realizaram a RPT (50,6%). Entre as mulheres que procuraram a MMLB dentro de 30 dias após o parto (23,4%), 13,7% não aderiram à RPT. Houve associação estatisticamente significativa entre a realização da RPPA ($p \leq 0,024$), AME ($p \leq 0,019$) e a RPT (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação entre a revisão puerperal tardia na atenção primária e características do constructo estilo de vida. Londrina, PR, 2014. (N=358).

Variáveis	Revisão Puerperal Tardia na Atenção Primária				Valor de p^*
	Sim (n=132)		Não (n=226)		
	n	%	n	%	
Gravidez planejada					
Sim	74	56,1	137	60,6	0,436
Não	58	43,9	89	39,4	
Opção de parto					
Parto normal	105	79,5	177	78,3	0,894
Cesárea	27	20,5	49	21,7	
Visita à MMLB**					
Sim	21	15,9	33	14,6	0,761
Não	111	84,1	193	85,4	
RPPA***					
Sim	72	54,5	151	66,8	0,024
Não	60	45,5	75	33,2	
Método contraceptivo					
Sim	110	83,3	181	80,1	0,485
Não	22	16,7	45	19,9	
Procura à MMLB					
Sim	14	10,6	31	13,7	0,415
Não	118	89,4	195	86,3	
Procura à UBS					
Sim	119	90,2	214	94,7	0,132
Não	13	9,8	12	5,3	
AME****					
Sim	67	50,8	144	63,7	0,019
Não	65	49,2	82	36,3	

* *Teste Exato de Fisher* $p \leq 0,05$.

**MMLB: Maternidade Municipal Lucilla Ballalai.

***RPPA: Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial.

****AME: Aleitamento Materno Exclusivo.

Quanto à satisfação, 31,8% das mulheres disseram-se insatisfeitas com a RPT na atenção primária.

No constructo organização do serviço de saúde, constatou-se que 84,1% das mulheres foram contrarreferenciadas à atenção primária, na alta hospitalar; 52,3% não realizaram a RPPD; 53,8% não foram agendadas para RPT na VD; 53,1% não relataram apoio de profissional de saúde após alta hospitalar; 63,1% não realizaram a RPT. Entre as que realizaram a RPT 80,3% foram atendidas pelo ginecologista; e 67% não foram inscritas no programa de planejamento familiar.

Entre as puérperas que não efetivaram a RPT, 82,7% foram orientadas na alta hospitalar a retornar à UBS de procedência; 58% não receberam a VD para a revisão puerperal precoce, sendo que 42% das mulheres que receberam a VD não realizaram a RPT. Não houve agendamento da RPT durante a VD e não compareceram à RPT, 86,3% das mulheres; 57,5% das que não fizeram a

RPT também relataram não terem tido apoio profissional; e 69% das puérperas que não foram à RPT não foram inscritas no planejamento familiar.

Houve associação estatisticamente significativa entre a realização da RPT e a RPPD ($p \leq 0,006$), o apoio profissional após alta hospitalar ($p \leq 0,029$) e o agendamento da RPT na atenção primária durante a VD ($p = 0,000$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre a revisão puerperal tardia na atenção primária e características do constructo organização do serviço de saúde. Londrina, PR, 2014. (N=358).

Variáveis	Revisão Puerperal Tardia na Atenção Primária				Valor de p^*
	Sim (n=132)		Não (n=226)		
	n	%	n	%	
Contrarreferência					
Sim	114	86,4	187	82,7	0,454
Não	18	13,6	39	17,3	
RPPD**					
Sim	76	57,6	95	42,0	0,006
Não	56	42,4	131	58,0	
Apoio profissional após alta hospitalar					
Sim	72	54,5	96	42,5	0,029
Não	60	45,5	130	57,5	
Inscrita no planejamento familiar					
Sim	48	36,4	70	31,0	0,297
Não	84	63,6	156	69,0	
Agendamento da RPT*** na visita domiciliar					
Sim	66	50,0	13	5,8	0,000
Não	66	50,0	213	94,2	

* *Teste Exato de Fisher* $p \leq 0,05$.

**RPPD: Revisão Puerperal Precoce Domiciliar.

***RPT: Revisão Puerperal Tardia.

As mulheres afirmaram que ao passar pela RPT na UBS, não foi agendado o exame de citologia oncológica (86%) e de mama (98%). Quando questionadas sobre o local de oferta do método contraceptivo, 59,7% o obtiveram na MMLB; 27% na UBS; 9% não tiveram oferta nos dois serviços; e 14,2% referiram outros locais, como farmácia (82,4%); hospital universitário e Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) (17,6%).

A Tabela 4 apresenta a regressão logística múltipla, entre as variáveis do estudo que apresentaram associação estatisticamente significativa e a RPT. Observou-se que as puérperas que receberam VD tiveram quatro vezes mais chances de realizar a RPT ($p = 0,001$) e aquelas que não tiveram a RPT agendada na

VD, apresentaram somente 2% de chances de realizar a RPT na atenção primária ($p=0,000$).

Tabela 4 – Regressão logística múltipla entre as variáveis estatisticamente significantes do estudo e a revisão puerperal tardia na atenção primária. Londrina, PR, 2014. (N= 358).

Variáveis	Revisão Puerperal Tardia na Atenção Primária		
	n (%)	OR Ajustado 95% (IC)	Valor de <i>p</i>
Intercorrências intraparto			
Sim	112 (31,3)	1.0 (ref.)	0,135
Não	246 (68,7)	0,65 (0,36- 1,14)	
RPPA*			
Sim	223 (62,3)	1.0 (ref.)	0,812
Não	135 (37,7)	0,82 (0,16- 4,06)	
AME**			
Sim	211 (58,9)	1.0 (ref.)	0,769
Não	147 (41,1)	1,26 (0,26- 6,11)	
RPPD***			
Sim	171 (47,7)	1.0 (ref.)	0,001
Não	187 (52,3)	3,88 (1,77- 8,51)	
Agendamento da RPT**** na visita domiciliar			
Sim	79 (22,0)	1.0 (ref.)	0,000
Não	279(78,0)	0,02 (0,10- 0,62)	
Apoio profissional após alta hospitalar			
Sim	168 (46,9)	1.0 (ref.)	0,449
Não	190 (53,1)	0,79 (0,44- 1,43)	

(95% IC): 95% Intervalo de Confiança.

Odds Ratios Ajustado.

*RPPA: Revisão Puerperal Precoce Ambulatorial.

**AME: Aleitamento Materno Exclusivo.

***RPPD: Revisão Puerperal Precoce Domiciliar.

****RPT: Revisão Puerperal Tardia.

DISCUSSÃO

A estruturação de políticas em saúde, utilizando como facilitador o Modelo de Campo de Saúde de Lalonde¹² (1974) que propicia análise dos problemas em saúde sob a significância relativa e interação dos quatro constructos, permite o aprofundamento teórico que possibilita o diagnóstico da atuação na dimensão microssocial, da redução da vulnerabilidade, redução da exposição a situações de risco e redução das consequências nocivas.

Neste estudo, o resgate do acompanhamento da atenção primária no puerpério tardio, evidenciou uma realidade com discrepâncias substanciais. Por um lado, as puérperas tiveram acesso a ações programáticas institucionalizadas que

propõem a assistência integral ao ciclo gravídico-puerperal, e por outro, um contexto de organização das ações de saúde em rede, com diagnóstico de vulnerabilidade social por região e garantia de cobertura por meio da ESF.

No constructo biologia humana, foi considerável a associação revelada entre as mulheres que tiveram intercorrências intraparto e a não realização da RPT na atenção primária. A condição biológica *per se* já traz inúmeras implicações e as intercorrências constatadas podem acentuar a possibilidade de complicações na saúde da puérpera no âmbito domiciliar.

O cuidado puerperal configura-se como um desafio, pois objetiva a promoção da saúde e a criação de um ambiente saudável para o binômio mãe e filho. No entanto a atenção ao puerpério se mostra negligenciada apesar do alto risco de adoecimento.²⁵

Em relação ao constructo ambiente, o contexto social não interferiu na adesão à RPT, porém observou-se que a maioria das puérperas que não aderiu à RPT vivia com o companheiro, era do lar e tinha procedência de regiões vulneráveis. Há tempos tem-se falado sobre a participação do companheiro no pré-natal, parto e puerpério e dos benefícios atribuídos à presença deste no ciclo gravídico-puerperal.¹⁶ Contudo, a atenção primária ainda encontra obstáculos para a inclusão do homem nas ações programáticas voltadas à mulher no período puerperal, mesmo sendo componente importante de apoio e de suporte emocional à mulher.²¹

As puérperas não aderiram à RPT, apesar de estarem vivenciando a maternagem, seja por meio do direito a licença maternidade ou, por não estarem no mercado formal de trabalho. Mesmo assim, o fato de estar em casa não facilitou a procura por este cuidado, influenciada, possivelmente, por crenças e atitudes em saúde.⁷ Por meio do diagnóstico municipal de vulnerabilidade social observou-se que a maior proporção de mulheres procediam, por um lado, das regiões norte e sul, caracterizadas como vulneráveis economicamente, em razão do programa de transferência de renda condicionada (“Bolsa Família”) e por outro, das regiões norte e leste, caracterizadas como vulneráveis sob o ponto de vista habitacional, referente ao programa de habitação popular (“COHAB”).¹⁹ Destaca-se que praticamente um terço da população deste estudo, não possuía condições de moradia e sobrevivência adequadas, segundo os parâmetros adotados.

A análise do constructo estilo de vida, evidenciou a relação entre a RPPA e a RPT. A adesão à RPPA comparada à realização da visita domiciliar e a

RPT teve maior cobertura na assistência puerperal, indicando desvio do cuidado pós-parto para o atendimento ambulatorial. O ambulatório, situado no âmbito hospitalar, é um serviço ofertado em concomitância à revisão puerperal precoce domiciliar e integra a atenção primária municipal. Entende-se sua importância por suprir a carência de cuidados no puerpério, entretanto este não pode ser referência para tal assistência, eximindo as equipes de saúde da família e UBS, dos cuidados sob sua responsabilidade em sua área de abrangência. Da mesma forma, o atendimento ambulatorial, jamais substituirá a qualidade de informações que uma visita domiciliar pode oferecer para o diagnóstico das necessidades específicas de cada puérpera em seu contexto familiar.

Desde a década de 1980, o governo brasileiro têm utilizado programas estratégicos e propagandas televisivas, para promover a saúde e despertar comportamentos saudáveis na população.^{22,23} Inúmeras campanhas foram lançadas na perspectiva de mudanças no estilo de vida das mães, da família e da comunidade em prol do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de gestação.

Apesar destes esforços, notou-se a prática do aleitamento materno exclusivo insuficiente entre as puérperas que não aderiram à RPT. Esta situação tende ao desmame precoce e remete à falta de apoio do profissional de saúde ao incentivo do aleitamento materno, bem como a inefetividade das ações programáticas no pós-parto. Esta condição poderia ser revertida com o resgate dessas mulheres pela UBS na revisão puerperal tardia, visando ações educativas na amamentação e nos hábitos de vida maternos.

A atitude da mulher perante a procura por cuidado de saúde no puerpério fez emergir tanto a prioridade que o recém-nascido ocupa em sua vida quanto o desconhecimento das ações programáticas do período que atravessa. Para Stefanello et al²⁰ (2008) a procura por cuidados exclusivos à criança traz à tona valores culturais que permeiam gerações e influenciam o cuidado pós-parto devido às suas crenças, mitos e tabus. O imaginário social da maternidade reflete um enorme poder redutor sobre a condição da mulher, colocando-a como ser relativo ao filho e, portanto, o cuidado à mulher é pensado tendo como finalidade os benefícios e malefícios sobre o recém-nascido.

O período puerperal assume um significado importante para as mulheres, no sentido de respeito às normas e regras culturalmente aprendidas e a

banalização dessas crenças pelos profissionais afasta a mulher do serviço de saúde em um momento importante para o desenvolvimento de ações educativas, incentivando as práticas saudáveis e desestimulando as inadequadas.¹

Acredita-se que esses fatores somados ao desconhecimento das mulheres frente as ações programáticas que têm direito no período pós-parto, reduzem a demanda de puérperas pela procura por cuidados inerentes à sua saúde. Este evento foi constatado pela baixa procura por cuidado nas unidades de saúde e na MMLB. Chen et al⁹ (2014) apontaram que um número expressivo de mulheres não busca cuidados no puerpério por ignorar esta assistência ou por julgá-la desnecessária. No estudo de Lima¹³ (2010) a revisão puerperal não foi considerada prioritária pelas mulheres, sendo ofuscada pela melhor estruturação do cuidado à criança, responsável pela volta da puérpera ao serviço de saúde na procura por cuidados médicos.

No último constructo denominado organização do serviço de saúde, a estrutura do cuidado puerperal, evidenciou a visita domiciliar como fator diretamente ligado à adesão da mulher à revisão puerperal tardia na atenção primária, pois o recebimento desta aumenta as chances de realização da revisão puerperal tardia e sua ausência conduz à inefetividade da RPT. Outro achado de destaque é que mesmo as mulheres que receberam a visita domiciliar não contaram com o agendamento da RPT na UBS. Não se encontra justificativa para este fato, pois a atenção primária do município é operacionalizada pela ESF e dispõe de recursos humanos para a efetivação da visita domiciliar por meio das equipes de multiprofissionais da saúde.^{15,19}

A promoção da saúde vem ganhando destaque crescente desde a publicação do Informe Lalonde, de caráter inovador no cenário das políticas públicas de saúde, na inflexão de uma perspectiva política de abordagem das intervenções sobre a saúde que ressalta a articulação da saúde com as condições de vida.¹² No Brasil, pode-se dizer que a formulação das políticas de Atenção Primária à Saúde (APS), implementadas a partir dos anos 1990, incorporou em suas diretrizes os princípios da promoção à saúde, enfatizando a importância da atuação sobre os territórios pautada em análises de situação de saúde e definição de problemas das populações locais, direcionando as ações do trabalho das equipes de saúde da família na perspectiva de mudança do modelo hegemônico de atenção, até então vigente.¹⁴

Todavia, este estudo revelou baixa cobertura e qualidade do cuidado puerperal, possivelmente ocasionados pela lacuna na continuidade da assistência em um período materno, segundo Bernardi et al³ (2011), negligenciado nos serviços de saúde e expôs o diagnóstico de abandono de parte dessas mulheres. Ressalta-se ainda que cuidados importantes deixaram de ser efetuados às mulheres, por não aderirem à RPT, como a inscrição no programa de planejamento familiar e o agendamento do exame de citologia oncótica e o exame de mama.

Infere-se que o regresso à unidade de saúde para a revisão puerperal tardia é uma estratégia na prevenção de complicações indesejadas à saúde do binômio mãe e filho. A equipe multiprofissional que trabalha com o conceito da integralidade e humanização do cuidado pautados no novo modelo assistencial deve proporcionar à mulher no puerpério o apoio à suas dúvidas e anseios.⁸

No entanto os relatos das puérperas se distanciaram desta proposta e indicaram a falta desse apoio, mencionado como necessário nesse momento transicional. É frequente o inadequado acompanhamento e suporte da puérpera e da família no pós-parto, o que provoca o quase abandono da mulher à sua própria sorte, produzindo reflexos negativos em sua saúde e na do seu bebê.¹⁷

O apoio do profissional de saúde é essencial para orientações no período puerperal, no auxílio ao enfrentamento de dificuldades, adaptação ao papel materno e ao recém-nascido e transmissão de autoconfiança, imperativos no exercício da maternidade.² Ao estender o conhecimento das mulheres sobre os cuidados em saúde e seus direitos no pós-parto, o enfermeiro beneficia a autonomia e, dessa maneira, torna-as sujeitos ativos no planejamento do cuidado e na prevenção de agravos evitáveis.⁴

Constatou-se a falha no vínculo entre a mulher e o profissional de saúde durante todo o período que abrange o puerpério tardio. A desarticulação do serviço e seu relacionamento fragilizado com a mulher foram refletidos na baixa adesão às ações programáticas no período puerperal, especialmente na RPT e em sua insatisfação. Esta, somada aos demais achados, aponta para a necessidade de revisão da organização da prática assistencial neste período complexo da vida da mulher.

Cabral et al⁵ (2013) apontaram que a organização do serviço de saúde ainda é sistematizada para atender as prioridades e necessidades imediatas

das mulheres e enfatizam as implicações do desenho organizacional e a destituição da assistência durante todo o ciclo gravídico-puerperal, culminando na fragmentação do cuidado.

A análise dos dados, resultantes do equilíbrio dos constructos propostos pelo Modelo de Campo de Saúde de Lalonde, demonstrou que o ambiente não determinou a realização da revisão puerperal tardia. Por outro lado, a biologia humana, o estilo de vida e principalmente a organização do serviço de saúde demonstraram relação com a adesão à RPT. Este desfecho corroborou parcialmente com alguns estudos analisados por Heidemann et al¹¹ (2012) os quais relacionam a promoção da saúde com enfoque na mudança do estilo de vida da população.

Frente ao exposto, a análise do resgate do acompanhamento da atenção primária no puerpério tardio, implementado por meio da ESF, enquanto política pública de saúde, bem como, a análise da procura por cuidado de saúde pelas mulheres, proporcionou diagnósticos relativos à: atuação pouco efetiva do serviço de saúde na dimensão microssocial, evidenciada pela baixa cobertura de acompanhamento domiciliar; vulnerabilidade das mulheres, sugerida pelo abandono do acompanhamento integral no período puerperal por parte do serviço; exposição a situações de risco relacionadas ao autocuidado, traduzida pela baixa procura por cuidado de saúde por parte das puérperas; pouca efetividade na implementação das ações programáticas que apontam para a possibilidade de consequências nocivas à população.

REFERÊNCIAS

1. Acosta DF, Gomes VLO, Kerber NPC, Costa CFS. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(6):1327-33. DOI: 10.1590/S0080-62342012000600007.
2. Angelo HB, Brito RS. Consulta Puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? Rev Rene. 2012;13(5):1163-70.
3. Bernardi MC, Carraro TE, Sebold LF. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. Rev Rene. 2011;12(n.esp):1074-80.

4. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):807-14. DOI: 10.1590/S1983-14472011000400023.
5. Cabral FB, Hirt LM, Van Der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(2):281-7. DOI: 10.1590/S0080-62342013000200002.
6. Cabral FB, Oliveira DLLC. Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):368-75. DOI:10.1590/S0080-62342010000200018.
7. Cardelli AAM, Tanaka ACA. O papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. *Cienc Cuid Saude.* 2012; (supl)108-14. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v11i5.17061.
8. Cardoso ND, Pereira AV. Práticas interdisciplinares de acolhimento, educação em saúde e avaliação pós-parto em grupo de puérperas. *Rev APS.* 2010;13(4):421-31.
9. Chen L, Qiong W, Van Velthoven MH, Yanfeng Z, Shuyi Z, Ye L, et al. Coverage. Quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(31). DOI:10.1186/1471-2393-14-3.1.
10. Dever GEA. *Epidemiologia e política de saúde.* Dever GEA, Francois CA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira; 1988. p. 25-46.
11. Heidemann IT, Boehs AE, Fernandes GCM, Wosny AM, Marchi JG. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. *Cienc Cuid Saude.* 2012;11(3):613-19. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v11i3.13554.
12. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document.* Ottawa: Government of Canadá; 1974. [citado 2014 nov 10]. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pubef-pubf/perintrod-eng.php>.
13. Lima APC. *A humanização do cuidado pré e pós-natal em uma organização não-governamental [dissertação].* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2010.
14. Medina MG, Aquino R, Vilasboas ALQ, Mota E, Pinto Junior EP, Luz LA, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. *Saúde Debate.* 2014;38(n.spe):69-82. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>.
15. Ministério da Saude (BR). *Datasus. CNESNet. Cadastro nacional de estabelecimento de saúde.* 2015. [citado 2015 jan 20]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_equipes.asp.

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Narchi NZ. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. *Midwifery*. 2011;27:23-9. DOI:10.1016/j.midw.2009.04.007.
18. Paim J, The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377(979):1778-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
19. Prefeitura Municipal (Londrina). Autarquia Municipal de Saúde. Assistência integral à gestante de baixo risco e puérpera: protocolo. Londrina; 2006. [citado 2014 dez 12] Disponível em:
http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/1_prot_mulher_gestante_puerpera.pdf.
19. Prefeitura Municipal (Londrina). Secretaria Municipal de Saúde. Plano plurianual 2014-2017. Londrina; 2013. v. 2. [citado 2014 nov 12]. Disponível em:
http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=552&Itemid=561.
19. Prefeitura Municipal (Londrina). Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde 2014-2017. Londrina; 2013. [citado 2014 nov 15]. Disponível em:
http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf.
20. Stefanello J, Nakano MAS, Gomes FA. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. *Acta Paul. Enferm*. 2008; 21(2):275-81. DOI: 10.1590/S0103-21002008000200007.
21. Teixeira RC, Mandú ENT. Necessidades e cuidados no pós-parto na visão de trabalhadores da saúde da família. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012;11(2):275-83. Disponível em: DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v11i2.16562.
22. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*. 2011;377(978):1863-76. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
23. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*. 2011;377(978):2042-53. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X.
24. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):83-9. DOI: 10.1590/S1414-81452010000100013.
25. World Health Organization. Technical consultation on postpartum and postnatal care. Geneva: WHO; 2010. [citado 2014 dez 10]. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf?ua=1.

9 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou a necessidade de revisitação das ações programáticas implementadas para redução de custo oriundos da duplicidade de ações e da inexistência de outras, exemplificadas pela baixa efetivação da visita domiciliar precoce e da revisão puerperal tardia, bem como de todos os cuidados inerentes a estas ações.

Essa revisitação deve permear:

- ✓ A readequação da integração entre as ações de saúde voltadas às puérperas atendidas no ambulatório de puerpério da MMLB e seus desdobramentos nas UBS e domicílios adstritos em cada região;
- ✓ A criação de vínculo entre a mulher e o profissional que deve acontecer desde o pré-natal e perdurar por todo o puerpério;
- ✓ As ações programáticas em saúde no pós-parto, em conjunto com a assistência qualificada incorporando efetivamente o contexto de vida da mulher e sua família na estruturação da agenda de cuidados do serviço, promovendo ações educativas em consonância com as crenças e atitudes preestabelecidas culturalmente.

Ressalta-se que a visita domiciliar figura um espaço importante de atuação do enfermeiro o qual não vem sendo ocupado. Esse espaço de acolhimento permite o estreitamento de vínculo entre o profissional e a puérpera, contribuindo para o bem-estar da mulher, ações educativas, promoção da saúde e prevenção de agravos.

A equipe de saúde responsável pelos cuidados puerperais deve discutir a função de cada profissional envolvido; levantar as necessidades individuais de cada puérpera; avaliar seu estado emocional, levando em consideração se a gravidez foi planejada e se o vínculo entre mãe e filho está sendo efetivo; promover avaliação clínica eficaz; observar o risco de desmame precoce e oferecer orientações para a saúde do binômio, assim como elucidar às mulheres sobre seus direitos no pós-parto.

A hipótese desse estudo comprovou-se parcialmente, pois não houve associação estatisticamente significativa com o constructo ambiente.

REFERÊNCIAS

- AMNESTY INTERNATIONAL. **Deadly delivery**: the maternal health care crisis in the USA. London, 2010. Disponível em: <<http://www.amnestyusa.org/sites/default/files/pdfs/deadlydelivery.pdf>> . Acesso em: 08 out. 2014.
- ANDREUCCI, Carla Betina et al. Sispre natal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 854-863, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2438.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.
- ANGELO, Helena de Brito; BRITO, Rosineide Santana de. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1163-1170, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/178>>. Acesso em: 18 dez. 2014.
- ARANGO, Héctor Gustavo. **Bioestatística**: teórica e computacional: com banco de dados reais em disco. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 437 p.
- BARBETA, P. A. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320 p.
- BARBIERI, Ângela et al. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-39, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/9702/7207>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- BRAMHAM, Kate et al. Postpartum management of hypertension. **British Medical Association**, London, v. 346, p. 894, 2013. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f894.long>>. Acesso em: 08 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990.
- BRASIL. 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, DF, 2009. 300 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011a. 534 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2011c. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. DATASUS. **Indicadores de cobertura: proporção de partos cesáreos**. 2011d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Saúde. **Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha**. Brasília, DF, 2012a. 45 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, DF, 2012b. 444 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5 ed. Brasília, DF, 2012c. 302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012d. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado. Redes de atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2012e. 81 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, DF, 2013. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus. CNESNet**. Cadastro nacional de estabelecimento de saúde, 2015. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_equipes.asp. Acesso em: 20 jan. 2015.

BRAYNER, Manuela Coutinho. **Perfil dos óbitos maternos tardios de mulheres residentes no estado de Pernambuco, quadriênio 2005-2008**. 2011. 31 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

BRITTO, Leontina Fernandes. Orientação e incentivo ao aleitamento materno na assistência pré-natal e puerperal: Uma revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 66-80, 2012. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/165/200>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Corrêa de. Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 368-375, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/18.pdf>>. Acesso em: 13 nov 2014.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

CHAGAS, Herleis Maria de Almeida; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Brando, Acre. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-388, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a10.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

CHUNG, Alessandra. **Avaliação do impacto do programa saúde da família sobre os municípios do Rio Grande do Sul de 2005 a 2010**. 2013. 64 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, PUC-RS, Porto Alegre, 2013.

CORRÊA, Áurea Christina de Paula; DÓI, Helga Yuri. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v.13, n. 1, p. 104-110, 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19916/pdf_119>. Acesso em: 29 set. 2014.

COUTINHO, Tadeu et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em município do sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n11/v32n11a08.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

CUNNINGHAM, F. Gary et al. The puerperium. In: _____. **Williams obstetrics**. 23rd ed. New York: The McGraw-Hill Medical, 2010. p. 646-660.

DEVER, G. E. Alan. Epidemiologia e política de saúde. In: _____. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988. p. 25-46.

DIAZ, Claudia Maria Gabert et al. Vivências educativas da equipe de saúde em unidade gineco-obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 364-367, 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17879/11668>>. Acesso em: 14 nov 2014.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família: diretrizes e fundamentos - módulo político gestor**. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP, 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade5/unidade5.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira et al. Puerpério normal. In: ZUGAIB, Marcelo (Ed.). **Zugaib obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Malone, 2012a. p. 456-467.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira et al. Hemorragia pós-parto. In: ZUGAIB, Marcelo (Ed.). **Zugaib obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Malone, 2012b. p. 469-482.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira et al. Infecção puerperal. In: ZUGAIB, Marcelo (Ed.). **Zugaib obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Malone, 2012c. p. 484-491.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SIQUEIRA, Valeria de Carvalho Araújo. Visita Domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 697-704, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18313/pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

GALVÃO, Larissa Paes Leme et al. The prevalence of severe maternal morbidity and near miss and associated factors in Sergipe, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 14, n. 25, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898239/?tool=pubmed>>. Acesso em: 06 out. 2014.

GIL, Mariana Marcos; GOMES-SPONHOLZ, Flavia Azevedo. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 333-337, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a05v66n3.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2014.

GIOVANNI, Miriam Di. **Rede cegonha: da concepção à implantação**. 2013. 99 f. Monografia (Especialização) – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013.

GUARIDO, Renata Lauretti. “**O que não tem remédio, remediado está**”: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

HUÇULAK, Marcia Cecilia; PETERLINI, Olga Laura Giraldi. Rede Mãe Paranaense: relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/18347>>. Acesso em: 04 out. 2014.

HUSSEIN, Julia et al. The effect of surveillance and appreciative inquiry on puerperal infections: A Longitudinal Cohort Study in India. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 1, p. 873-78, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3907541/pdf/pone.0087378.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2014.

KALINOWSK, Luísa Canestraro. **Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar**: olhar da enfermeira. 2011. 141 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

KARSNITZ, Deborah Brandt. Puerperal Infections of the Genital Tract: A Clinical Review. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Malden, v. 58, n. 6, p. 632-642, 2013. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12119/abstract>>. Acesso em: 08 out. 2014.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canadá, 1974. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pubef-pubf/perintrod-eng.php>>. Acesso em: 21 out. 2014.

LAUTENSCHLAEGER, Denise; JUGDAR, Patrícia; MANI, Felipe Eduardo Milaré. Reflexão sobre a promoção de saúde na visão dos atores sociais do programa saúde da família. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 37-56, 2009. Disponível em: <<http://sare.anhanguera.com/index.php/anudo/article/view/1161>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 20 ago. 2014.

LEMO, Adriana. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 1, n. 2, p. 220-227, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/78/145>>. Acesso em: 05 out. 2014.

LIMA, Ana Paula Campos. **A humanização do cuidado pré e pós-natal em uma organização não-governamental**. 2010. 351 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Assistência integral à gestante de baixo risco e puérpera**: protocolo. Londrina: [s.n.], 2006. 98 p. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/1_prot_mulher_gestante_puerpera.pdf>. Acesso em: 12 set. 2014.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Ambulatório de puerpério**. 2013a. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16881:ambulatorio-de-puterperio&catid=9:saude&Itemid=1719>. Acesso em: 12 nov. 2014.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Londrina: [s.n.], 2013b. 221 p. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2014.

MADALOSSO, Geraldine; ALEXANDRE, Lourdes Bernadete dos Santos Pito. A aplicação da metodologia de pesquisa epidemiológica. In: ALEXANDRE, Lourdes Bernadete dos Santos Pito (Org.). **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 89-112.

MAGEE, Laura; VON DADELSZEN, Peter. Prevention and treatment of postpartum hypertension. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 4, 2013.

Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004351.pub3/full>>. Acesso em: 08 set. 2014.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011. 719 p.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 277 p.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2013. 277 p.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, fev. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

MARTUCHELI, Karine Costa. **O enfermeiro e o aleitamento materno na estratégia de saúde da família**. 2010. 45 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Berilo, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2014.

MORAIS, Marildete Martins. **Avaliação da atenção pré-natal da estratégia saúde da família no município de Santa Helena de Goiás**. 2013. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2013.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2014.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; COSTA, Gabrielle Rodrigues de Mattos; TEIXEIRA, Claudia da Silva. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 429-434, 2010. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a16.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

MOUSSA, Hind N.; ARIAN Sara E.; SIBAI, Baha M. Management of hypertensive disorders in pregnancy. **Women's Health**, London, v.10, n. 4, p. 385-404, 2014. Disponível em: <<http://www.futuremedicine.com/doi/full/10.2217/whe.14.32>>. Acesso em: 08 out. 2014.

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo núcleo de apoio a saúde da família**. 2014. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

NASCIMENTO, Jucelia Salgueiro et al. *Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem*. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 513-522, 2013. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3116/pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014**. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

OLIVEIRA, Juliana Fachine Braz de; QUIRINO, Glauberto da Silva; RODRIGUES, Dafne Paiva. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Revista Rene**, 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: 31 set. 2014.

PAIM, Jamilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 979, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract)>. Acesso em: 23 out. 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da rede mãe paranaense, 2013**. Curitiba: SESA, 2013a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 05 out. 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano estadual de saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: SESA, 2013b. 220 p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>. Acesso em: 01 out. 2014.

POLIDO, Carla Betina Andreucci. **O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da assistência à gestante de São Carlos, SP**. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

PORTAL ODM. Relatórios dinâmicos dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **ODM 5 - Melhorar a saúde das gestantes: mortalidade materna**. Londrina, 2014. Disponível em: <<http://www.relatoriosdynamics.com.br/portalodm/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/BRA004041193/londrina---pr>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa; PEPE, Vera Lucia Edais; CAETANO, Rosângela. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/20.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RODRIGUES, Lilian P.; JORGE, Silvia Regina P. F. Jorge. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. 53-56, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s2/aop57010.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos. **Vivência de mulheres no puerpério: significado atribuído à revisão pós-parto**. 2010. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos; BRITO, Rosineide Santana de; MAZZO, Maria Helena Soares da Nóbrega. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 854-858, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/891>>. Acesso em: 13 out. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010. 234 p.

SAY, Lale et al. **The Lancet Global Health**, London, v. 2, n. 6, p. 323-333, 2014. Disponível em: <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214109X1470227X.pdf?id=caaY5FM9FyHr_7soSKKu>. Acesso em: 07 ago. 2014.

SERRUYA, Suzanne Jacob. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, p. 531-535, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n12/01.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2014.

SILVEIRA, Rosemary Silva da et al. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 442-446, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/17.pdf>>. Acesso em: 30 ago 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SIAB. **Profissionais ESF**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <ericamb13@hotmail.com> em 23 jan. 2015.

SOARES, Darli Antônio; ANDRADE, Selma Maffeide; CAMPOS, José Batista de. **Epidemiologia e indicadores de saúde**. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cronicas/pdf/2000-Epidemiologia%20e%20Indicadores%20de%20Sa%C3%BAde-Bases%20da%20Sa%C3%BAde%20Coletiva.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

SOARES, Vânia Muniz Néquer 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: 21 abr. 2013.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 711-718, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0711.pdf>. Acesso em: 08 out. 2014.

SOUZA, Viviane Barbosa de; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10162>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

STRAPASSON, Márcia Rejane, NEDEL, Maria Noemia Birck. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300016&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 set. 2014.

TEIXEIRA, Renata Cristina; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Necessidades e cuidados no pós-parto na visão de trabalhadores da saúde da família. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 275-283, 2012. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v11n2/08.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo saúde-doença**: módulo político gestor. 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

VICTORA, Cesar G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**, London, v. 377, n. 978, p. 2042-2053, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60055-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60055-X/abstract)>. Acesso em: 23 ago. 2014.

VIEIRA, Sônia Maria 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: 30 mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technical consultation on postpartum and postnatal care**. Geneva: WHO, 2010a. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2008**. Geneva, Switzerland, 2010b. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

ZIMERMAN, David E. Termos psicanalíticos. In: _____. **Etimologia de termos psicanalíticos**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 247 p.

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 de Registro de Dados

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 sociais		
01. Idade materna:	_____ anos.	Entrevista
02. Situação conjugal:	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro	Entrevista
03. Paridade:	(1) Primípara (2) Multípara	Entrevista
04. Escolaridade:	(1) 1 a 3 (3) 8 a 11 (2) 4 a 7 (4) Mais que 11 anos	Entrevista
05. Condição de Ocupação.	(1) Remunerada (2) Não remunerada	Entrevista
06. Renda familiar: (Em Quartis)	(1) 0 a 982 (2) 983 a 1399 (3) 1400 a 1999 (4) 2000 e mais.	Entrevista
07. Qual a região de procedência?	(1) Norte (2) Sul (3) Leste (4) Oeste (5) Central	Entrevista
II. História obstétrica		
08. Morbidade. (anterior à gestação)	(1) Sim (2) Não Qual?	Entrevista
09. Gravidez planejada. (interrupção do método	(1) Sim (2) Não	Entrevista

contraceptivo para engravidar)																																																										
10. Idade gestacional:	(1) Pré-termo (<37 semanas) (2) A termo (37 a 41 semanas e 6 dias) (3) Pós-termo (> ou igual a 42 semanas)	Cartão de pré-natal																																																								
11. 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: () < 14^a sem. () 14^a - 27^a sem. () > 27^a sem.</p> <p>Nº de consultas: () 6 ou mais () 3 a 5 () 0 a 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IG</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>Tipagem ABO</th> <th>Hb/Htc</th> <th>Glicemia</th> <th>VDRL</th> <th>Urina I</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>	IG	AU	PA	Peso materno	BCF	Apresentação fetal	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Tipagem ABO	Hb/Htc	Glicemia	VDRL	Urina I	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
	IG	AU	PA	Peso materno	BCF	Apresentação fetal																																																				
	()	()	()	()	()	()																																																				
	()	()	()	()	()	()																																																				
	()	()	()	()	()	()																																																				
	()	()	()	()	()	()																																																				
()	()	()	()	()	()																																																					
Tipagem ABO	Hb/Htc	Glicemia	VDRL	Urina I																																																						
()	()	()	()	()																																																						
()	()	()	()	()																																																						
()	()	()	()	()																																																						
12. Recebeu orientações no pré-natal?	(1) Sim (2) Não Quais?	Entrevista																																																								
13. Visitou a MMLB na rotina do pré-natal?	(1) Sim (2) Não	Entrevista																																																								
14. Qual o intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto:	(1) 0-15 dias (2) 16-30 dias (3) 31-45 dias (4) 46-60 dias (5) 61 ou mais dias	Cartão de pré-natal																																																								
15. Foi informada que hospital procurar em caso de emergência?	(1) Sim (2) Não Qual? _____	Entrevista																																																								
16. Qual era sua opção de parto?	(1) Parto normal (2) Cesárea	Entrevista																																																								
17. Tipo de parto:	(1) Parto normal espontâneo (2) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator) (3) Cesárea	Prontuário																																																								
18. Indução do parto.	(1) Sim (2) Não	Prontuário																																																								
19. Intercorrências Intraparto.	(1) Sim (2) Não Qual?	Prontuário																																																								
20. Intercorrências no quarto período.	(1) Sim (2) Não Qual?	Prontuário																																																								
21. Intercorrências no puerpério imediato.	(1) Sim (2) Não Qual?	Prontuário																																																								
22. Condições do períneo.	(1) Períneo íntegro (4) lac. 3º grau	Prontuário																																																								

	(2) laceração de 1º grau (3) lac. 2º grau	(5) lac. 4º grau (6) episiotomia.		
23. Foi orientada a retornar à UBS no momento da alta hospitalar (Contrarreferência)?	(1) Sim	(2) Não	Entrevista	
III. Revisão puerperal precoce no ambulatório da MMLB				
24. A puérpera retornou para a revisão precoce no ambulatório:	(1) Sim (2) Não (3) Não houve agendamento da consulta		Observação	
25. A puérpera reagendou a consulta do ambulatório:	(1) Sim	(2) Não	Observação	
26. Quem realizou a consulta:	(1) Médico (2) Enfermeira (3) Médico e Enfermeira (4) Outro		Observação	
27. Checou o cartão da gestante.	(1) Sim	(2) Não	Observação	
28. Checou a caderneta de saúde da criança.	(1) Sim	(2) Não	Observação	
29. Uso de medicamentos.	(1) Sim	(2) Não	Observação	
30. O profissional observou e avaliou a mamada.	(1) Sim	(2) Não	Observação	
31. Dificuldades na amamentação.	(1) Sim	(2) Não	Observação	
32. Alimentação atual do bebê:	(1) Aleitamento materno exclusivo	(2) Misto	Observação	
33. Possui risco de desmame precoce:	(1) Sim	(2) Não	Observação	
34. Sono e repouso:	(1) Tranquilo	(2) Perturbado	(3) Interrompido	Observação
35. Condição psicoemocional:	(1) Calma (2) Ansiosa	(3) Nervosa (4) Depressiva	Observação	
36. Vínculo entre mãe e filho.	(1) Sim	(2) Não	Observação	
37. Condições de higiene:	(1) Boa	(2) Regular	(3) Ruim	(4) Não observado
38. Os sinais vitais foram verificados.	Sim ou não.		Observação	
39. Alteração dos sinais vitais.	Sim ou não. Se sim, qual?		Observação	
40. Condição das mamas:	(1) Flácida (2) Túrgidas (3) Ingurgitadas (4) Nódulos de retenção Se alterações, conduta?	(5) Mastite (6) Outros (7) Não observado	Observação	
41. Abdômen:	(1) Normotenso (3) Doloroso	(2) Globoso (4) Não observado	Observação	
42. Aspecto da incisão cirúrgica/ episiotomia/ períneo:	(1) Bom aspecto (2) Hiperemia (3) Secreção	(4) Entumecido (5) Deiscência (6) Não observado	Observação	
43. Lóquio – quantidade:	(1) Pequena	(2) Média	(3) Grande	(4) Não observado
44. Lóquio – coloração:	(1) Hemático (2) Serohemático	(3) Seroso (4) Não observado	Observação	

45. Lóquio – odor:	(1) Característico (2) Fétido (3) Não observado	Observação
46. Hábitos urinários:	(1) Normal (2) Disúria (3) Não observado Se disúria, conduta?	Observação
47. Hábitos intestinais:	(1) Normal (2) Obstipação (3) Não observado Se obstipação, conduta?	Observação
48. Orientou cuidados com o RN:	(1) Sim (2) Não Quais? (1) Chupeta (3) Flatulância (2) Cólica (4) Teste do pezinho, orelhinha, coraçõzinho e olhinho Outras, quais?	Observação
49. Pesou o RN.	(1) Sim (2) Não	Observação
50. Realizou exame físico no RN.	(1) Sim (2) Não	Observação
51. Orientações gerais:	(1) Puericultura e vacina (2) Aleitamento materno (3) Planejamento familiar (4) Autocuidado Outras, quais? _____	Observação
52. Realizada a contrarreferência:	(1) Cuidados RN (2) Cuidados Mulher (3) Cuidados Mulher/RN (4) Não realizada	Observação
53. Agendou a revisão puerperal tardia na atenção primária.	(1) Sim (2) Não	Observação
IV. Revisão puerperal precoce domiciliar e Revisão puerperal tardia na UBS – Atenção Primária à Saúde.		
54. Recebeu orientação sobre local de referência para problema com o AM no momento da alta?	(1) Sim (2) Não Quem? (1) Médico (4) Residente de Enfermagem (2) Enfermeiro (5) Téc. de enfermagem (3) ACS (6) Outro	Entrevista
55. Teve orientações sobre sinais e sintomas de infecção puerperal na alta hospitalar?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
56. Teve orientações sobre hemorragia na alta hospitalar?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
57. Teve apoio de profissional de saúde após a alta hospitalar, com exceção do ambulatório da MMLB?	(1) Sim (2) Não Quem? (1) Médico (4) Residente enfermagem (2) Enfermeiro (5) Téc. de enfermagem (3) ACS (6) Outro	Entrevista
59. Recebeu visita domiciliar de um profissional de saúde da UBS entre o 7º e o 10º dia após o parto?	(1) Sim (2) Não Quem? (1) Médico (5) Téc. de enfermagem (2) Enfermeiro (6) Pastoral da Saúde (3) ACS (7) Outro	Entrevista

	(4) Residente de enfermagem	
60. Checou o cartão da gestante?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
61. Checou a caderneta de saúde da criança?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
62. Uso de medicamentos?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
63. O profissional observou e avaliou a mamada?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
64. Identificou dificuldades na amamentação?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
65. Identificou a alimentação atual do bebê?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
66. Sono e repouso?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
67. Condição psicoemocional?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
68. Vínculo entre mãe e filho?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
69. Condições de higiene?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
70. Os sinais vitais foram verificados?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
71. Avaliaram as mamas?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
72. Avaliaram o útero?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
73. Avaliaram a incisão cirúrgica/ episiotomia/ períneo?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
74. Observaram o lóquio?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
75. Observaram os hábitos urinários?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
76. Orientações para a puérpera?	(1) Sim (2) Não Quais? (1) Aleitamento materno (2) Autocuidado (3) Planejamento familiar. (4) Puericultura e vacinas Outras, quais?	Entrevista
77. Pesaram o RN?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
78. Realizaram o exame físico no RN?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
79. Orientou cuidados com o RN?	(1) Sim (2) Não Quais?	Entrevista
80. Agendaram a puericultura e vacinas?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
81. Agendaram a revisão puerperal tardia na UBS durante a VD?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
82. Realizou a revisão puerperal tardia na UBS?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
83. Qual profissional da UBS realizou a revisão puerperal tardia?	(1) Médico (4) Téc. de enfermagem (2) Enfermeiro (5) ACS (3) Residente de enfermagem (6) Outro	Entrevista
84. Agendaram o exame Citologia Oncótica?	(1) Sim (2) Não	Entrevista

85. Agendaram o exame de mama?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
86. Foi inscrita no programa de planejamento familiar?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
87. Está em uso de método contraceptivo?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
88. Onde foi ofertado o método contraceptivo?	(1) MMLB (2) UBS Que local?	Entrevista
89. Procurou a MMLB dentro de 30 dias após o parto?	(1) Sim (2) Não	Entrevista
90. Procurou a UBS após o parto?	(1) Sim (2) Não Procurou para: (1) Planejamento familiar (2) Dentista (3) Ginecologista (4) Pediatra (5) Puericultura e vacinas (6) Outros Outros, quais?	Entrevista
91. Ficou satisfeita com a revisão puerperal precoce ambulatorial?	(1) Satisfeita (2) Insatisfeita.	Entrevista
92. Ficou satisfeita com a revisão puerperal precoce domiciliar?	(1) Satisfeita (2) Insatisfeita.	Entrevista
93. Ficou satisfeita com a revisão puerperal tardia na UBS?	(1) Satisfeita (2) Insatisfeita.	Entrevista

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética e 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^a. Rosaria Mestre Marques Okabayashi
Coord. Estágio/Educação Permanente e Continuada
GPQS/DGTES/AMS/PML

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