



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Renata de Lima Lemos

PELOTAS – RS

2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

**A QUALIDADE DO CUIDADO PUERPERAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE
PELOTAS/RS**

Renata de Lima Lemos

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Coorientador: Bruno Pereira Nunes

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências (M.sc)

PELOTAS – RS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM
EVIDÊNCIAS

BANCA EXAMINADORA

Dra. Elaine Tomasi

Universidade Federal de Pelotas

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Dra. Celene Maria Longo da Silva

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Medicina

Dr. Luiz Augusto Facchini (orientador)

Universidade Federal de Pelotas

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

*Lute com determinação,
abraça a vida com paixão,
perca com classe,
e vença com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se atreve,
e a vida é muito pra ser insignificante.*

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Luiz Augusto Facchini e ao coorientador Bruno Pereira Nunes, por todas as contribuições, estímulo e confiança.

À minha família, pela compreensão, paciência, apoio e carinho. Em especial às minhas amadas filhas: Ester e Sofia.

Aos professores, aos colegas, aos funcionários, aos amigos e às voluntárias pela contribuição no decorrer do mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e às Unidades Básicas de Saúde.

Ao Departamento de Medicina Social e ao Centro de Pesquisa em Epidemiologia.

A você que está lendo este volume e que contribuiu de alguma forma nesta trajetória.

O meu muito obrigado!

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres, mães, trabalhadoras e estudantes.

Sabemos o quanto é difícil, mas possível.

Exemplo que deixamos para os nossos filhos.

Orgulho para quem nos ama.

A meus pais...

Por todos os ensinamentos...

Graças a eles, cheguei até aqui.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO..... | 8 |
| PROJETO DE PESQUISA..... | 9 |
| RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO..... | 70 |
| NOTA PARA IMPRENSA..... | 74 |
| ARTIGO ORIGINAL..... | 76 |

APRESENTAÇÃO

Conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, esta dissertação de mestrado é composta por quatro partes: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, um artigo original e nota para imprensa.

Este volume foi elaborado pela mestranda Renata de Lima Lemos, sob orientação do professor Luiz Augusto Facchini e coorientação do doutorando Bruno Pereira Nunes. A defesa do projeto de pesquisa foi realizada no dia 17 de maio 2013, tendo como revisora a professora Elaine Tomasi do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e a doutoranda Suele Manjourany Silva Duro do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. A banca para avaliação da dissertação será composta pela professora Elaine Tomasi e pela professora Celene Maria Longo da Silva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (FAMED/UFPEL).

O artigo original, elaborado para este volume, intitula-se: *“Puerpério na atenção básica à saúde: avaliação da qualidade a partir de registros em prontuário clínico”*. Esse artigo possui como população-alvo, puérperas que realizaram o parto em Pelotas e que informaram a realização de pré-natal na rede de atenção básica do município.

A análise dos resultados e as tabelas permitem conhecer as características da amostra estudada, as perdas de documentos de parte da amostra inicial e a comparação à amostra do estudo, os motivos das perdas, e em fim os resultados dos indicadores pesquisados para avaliar a qualidade do cuidado puerperal na atenção básica de Pelotas a partir de registros em prontuário familiar.

PROJETO DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

**A QUALIDADE DO CUIDADO PUERPERAL NA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE DE PELOTAS-RS**

PROJETO DE PESQUISA

RENATA DE LIMA LEMOS

**ORIENTADOR: LUIZ AUGUSTO FACCHINI
COORIENTADOR: BRUNO PEREIRA NUNES**

PELOTAS – RS

2013

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | 13 |
| 1. RESUMO..... | 14 |
| 2. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2.1. A saúde materna | 15 |
| 2.2. As políticas de atenção à saúde materna | 15 |
| 2.3. O período pós-parto..... | 16 |
| 2.4. O município de Pelotas: características gerais..... | 17 |
| 2.5. Programas locais na atenção ao pós-parto | 18 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA | 20 |
| 3.1. Mortalidade materna..... | 20 |
| 3.3. Atenção à saúde materna e sistemas de informações | 26 |
| 4. JUSTIFICATIVA | 29 |
| 5.1. Objetivo geral..... | 30 |
| 5.2. Objetivos específicos | 30 |
| 6. HIPÓTESES | 32 |
| 7. MATERIAIS E MÉTODOS..... | 34 |
| 7.1. Delineamento..... | 34 |
| 7.2. População-alvo | 34 |
| 7.3. Variáveis dependentes (desfechos) | 34 |
| 7.3.1. Padrão de qualidade dos indicadores para o puerpério | 35 |
| 7.4. Variáveis independentes..... | 42 |
| 7.5. Fontes de informação para avaliação da qualidade | 42 |
| 7.6. Amostra..... | 42 |
| 7.7. Amostragem | 43 |
| 7.8. Critérios de elegibilidade..... | 43 |
| 7.9. Logística..... | 43 |

| | |
|--|-----------|
| 7.10. Estudo piloto..... | 44 |
| 7.11. Coleta de dados | 44 |
| 8. ASPECTOS ÉTICOS..... | 46 |
| 9. RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS..... | 47 |
| 10. ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO | 48 |
| 11. CRONOGRAMA..... | 49 |
| 12. REFERÊNCIAS | 50 |
| APÊNDICES | 55 |
| Apêndice1 – Termo de autorização da pesquisa | 55 |
| Apêndice 2 – Questionário da pesquisa | 56 |
| Apêndice3 – Manual de instruções para o uso do questionário | 62 |
| Referências | 93 |

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAB – Caderno de Atenção Básica

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema único de Saúde do Brasil

DIU – Dispositivo Intrauterino

dT – Vacina dupla bacteriana – adulta

ESF- Estratégia Saúde da Família

EPDS – Escala de Edinburg para depressão puerperal (*The Edinburg Postnatal DepressionScale*)

HB – Vacina contra a Hepatite B

LAM – Método de Lactação com Amenorreia / Lactational Amenorrhea Method

MERCOSUL - Mercado Comum do Cone Sul

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

PAISM - Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PIM - Primeira Infância Melhor

PPN – Programa Pré-Nenê

PSP - Pronto Socorro de Pelotas

RN – Recém-Nascido

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISPRENATAL - Sistema de Informação do Pré-Natal

SMSPEL - Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

SRC – Vacina Triviral

SUS - Sistema Único de Saúde

UBAI - Unidade Básica de Atendimento Imediato

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCPEL - Universidade Católica de Pelotas

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas

1. RESUMO

O puerpério exige atenção especial frente à fragilização física, psíquica e social que impõe à mulher. E as complicações neste período, não identificadas ou não tratadas são responsáveis por muitas sequelas e mortes de mulheres. A Atenção Básica ocupa papel central na rede de atenção e deveria garantir o acesso aos serviços de qualidade. Assim, pretende-se realizar estudo transversal para identificar a qualidade do cuidado realizado à puérpera na rede de atenção básica do município de Pelotas/RS/Brasil, em puérperas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da área urbana do município no ano de 2013. Para isso, baseado em referências nacionais e internacionais, foram selecionadas 19 recomendações que serão utilizadas como indicadores de qualidade do cuidado puerperal. Cada indicador de qualidade define o melhor cuidado, com base nas referências disponíveis, para a prevenção das morbidades específicas do período pós-parto e as ações para a promoção da saúde materna. A realização do maior número das ações definidas deverá indicar maior qualidade do serviço e, conseqüentemente, maior qualidade de vida para estas mulheres. Ainda, os resultados da pesquisa poderão subsidiar a gestão local para a efetivação da atenção realizada e planejamento de novas intervenções para o fortalecimento das políticas de saúde da mulher no puerpério.

Esta pesquisa será desenvolvida no sistema público de saúde do município, onde atua a mestranda, atendendo o objetivo de capacitação profissional da rede de saúde do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências.

2. INTRODUÇÃO

2.1. A saúde materna

No Brasil, os avanços na área econômica refletiram positivamente em outras áreas, como a educação e a área social. As melhorias da economia brasileira favoreceram a redução do analfabetismo, a expansão do acesso ao ensino superior, a diminuição das desigualdades sociais, melhorando as políticas salariais e de transferência de renda, e, ainda, expandindo a indústria no país (UNICEF, 2011).

Na área da saúde, em particular, houve grandes avanços em relação à saúde materno-infantil, com importante redução da mortalidade infantil. Estima-se que as taxas de mortalidade materna tenham reduzido no país nos últimos anos, entretanto dados oficiais não evidenciam este resultado, afetado pelas melhorias dos sistemas de informação. E, as complicações no período pós-parto, são responsáveis por aproximadamente 30% das hospitalizações de causas associadas às infecções, pré-eclâmpsia e hemorragia, sendo considerada elevada e com prevalência dez vezes maior do que em países desenvolvidos (VICTORA *et al.*,2011).

2.2. As políticas de atenção à saúde materna

Nos últimos anos, a saúde materno-infantil tem recebido mais atenção dos gestores, que elaboraram novas diretrizes e construíram programas de saúde que orientam as ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2009). Em 1995, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com foco nas doenças femininas e no ciclo gravídico puerperal, não atendendo a integralidade do cuidado, segundo estudo de SILVA *et al.* (2011).

O Ministério da Saúde (MS) preocupado com os direitos reprodutivos da mulher e sua percepção como sujeito criou, no ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este programa deveria garantir o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento das mulheres no pré-natal, no parto e no puerpério, além da assistência ao recém-nascido.

Foi notável a ampliação no acesso da mulher ao pré-natal, apesar desta melhoria não se refletir no cumprimento das ações para a promoção da saúde materno-infantil, destacando-se a baixa cobertura vacinal para a imunização contra o tétano, com importantes diferenças regionais, mantendo em risco mulher e criança (BRASIL, 2009). Ainda assim permaneciam grandes desafios a serem superados na qualidade da

assistência, que envolvessem aspectos psicológicos, emocionais e culturais. Em 2011, o Governo Federal lança novo programa: Rede Cegonha, com foco na atenção ao parto e ao nascimento e desenvolvimento da criança, na organização da rede de atenção à saúde materna e infantil e a redução da mortalidade. Sendo assim, SILVA *et al.* (2011) questiona a necessidade de novos programas e entende que, na realidade, os programas não são novos, mas versões atualizadas de programas anteriores.

2.3. O período pós-parto

O puerpério se inicia na primeira hora após a saída da placenta sendo o término imprevisto, pois está relacionado à amamentação e o tempo que sua vigência produz alterações, principalmente nas mamas das nutrizes. Esse período impõe diversas transformações à saúde materna, mudanças que vão além dos aspectos biológicos, clínicos ou ginecológicos, afetando fortemente as emoções da mulher com consequências psicológicas (BRASIL, 2005). Didaticamente, o puerpério é dividido em três etapas nominadas puerpério imediato, aquele período entre o 1º e o 10º dia após o nascimento do bebê; puerpério tardio, do 11º ao 45º dia após o parto; e puerpério remoto, que vai além do 45º dia, enquanto a mulher estiver sofrendo alterações provocadas pela gestação, parto ou amamentação (FREITAS *et al.*, 2006).

A atenção ao período após o parto deve ser realizada na primeira semana após a alta hospitalar, e em situações de risco nos primeiros três dias. O retorno da mulher à unidade de saúde pode ser espontâneo, ou através de visita domiciliar com agendamento da primeira consulta puerperal na Unidade Básica de Saúde (UBS). No puerpério imediato há maior risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal, sendo necessária uma avaliação precoce da saúde da mãe e do filho com as orientações para os cuidados com recém-nascido (RN), a observação e apoio à amamentação, a atuação na prevenção dos riscos e a orientação para o planejamento familiar. A abordagem do profissional deve ser acolhedora, com escuta qualificada, esclarecendo todas as dúvidas que surgirem, fortalecendo o vínculo da família com o serviço (BRASIL, 2006).

As consultas puerperais devem contemplar ações para o cuidado da mulher e para sua recuperação, apoiando e orientando o desenvolvimento da maternidade. O profissional e a puérpera devem resgatar o cuidado do pré-natal e do parto; as queixas atuais e os sentimentos, condições sociais e planejamento familiar, avaliação clínico-ginecológica criteriosa; orientações e intervenções recomendadas referindo para a

consulta de puerpério até 42 dias depois do parto. Deve ainda abordar a atividade sexual, a escolha compartilhada da anticoncepção durante o aleitamento, atuando nas dificuldades com a amamentação a fim de orientar e apoiar o aleitamento materno (BRASIL, 2006).

2.4. O município de Pelotas: características gerais

A cidade está situada no sul do Rio Grande do Sul, às margens do Canal São Gonçalo e tem importante reservatório de água doce na Lagoa dos Patos. A extensão territorial ultrapassa os 1.600 Km², com população de 328.275 habitantes (IBGE, 2010), sendo a terceira cidade mais populosa do estado. E apesar de possuir uma extensa área rural, quase a totalidade da população vive na zona urbana (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2013).

O sistema público de saúde do município, desde 2000, se encontra na gestão plena, onde assume responsabilidade de promover e consolidar a saúde de seus habitantes e daqueles que vivem em municípios com os quais assumiu a responsabilidade de ser referência.

O primeiro nível de atenção é composto por 50 unidades básicas de saúde, sendo 37 na área urbana e 13 na zona rural e, da totalidade, três sob a gestão da UFPEL e três sob a gestão da UCPEL. O modelo da atenção avança lentamente para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) implantada em 23 unidades de saúde, com um total de 38 equipes, atingindo 40% de cobertura populacional.

O nível secundário possui ambulatórios, centro de especialidades da secretaria municipal, uma unidade de atenção básica de atendimento imediato (UBAI), sete centros de atenção psicossocial (CAPS), destes sete, um é infantil (CAPSI) e um é para tratamento de álcool e drogas (CAPS/AD) e um laboratório público municipal de análises clínicas (LM) e ampla rede de serviços que prestam serviços ao SUS.

Em 2005, foi implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que faz parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, com cinco ambulâncias sendo três de suporte básico, um de suporte avançado e uma ambulância de suporte básico de reserva.

A estrutura de serviços para o atendimento à saúde da população conta com uma complexa rede hospitalar compondo o terceiro nível de atenção com um hospital psiquiátrico, três hospitais gerais filantrópicos e dois hospitais de ensino das

universidades Federal e Católica, sendo que no último está localizado o pronto socorro municipal. O Pronto Socorro de Pelotas (PSP) é administrado pela UCPEL, UFPEL e Prefeitura Municipal, formando uma gestão tripartite, e atende a população de Pelotas, sendo referência formal para os municípios da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), totalizando aproximadamente 800mil pessoas (DATASUS, 2008).

2.5. Programas locais na atenção ao pós-parto

O município de Pelotas, na atenção à saúde da mulher, tem realizado esforços para a melhoria do cuidado ao período gravídico puerperal, elaborando programas locais os quais se somam aos programas do Ministério da Saúde.

No ano de 2002 foi criado o Programa Prá-Nenê (PPN), o qual está voltado para a saúde do recém-nascido. O PPN define ações para a vigilância à saúde de crianças menores de um ano, priorizando o atendimento das crianças vulneráveis, classificadas de risco. O programa capta precocemente o RN visitando as puérperas ainda na maternidade. Essas visitas ocorrem de segunda a sexta-feira, exceto nos feriados. Nesta oportunidade são aplicados questionários para verificar a necessidade de ações específicas, realizando a classificação de risco e o agendamento das consultas nas UBS.

Os questionários do Prá-Nenê contêm informações da saúde materna, que têm sido utilizadas pelo Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher para realizar contato telefônico com coleta de informações do recém-nascido, e orientação da puérpera sobre a revisão puerperal e sobre a saúde do RN e ainda orientação sobre a importância da realização da consulta puerperal. Quando a mulher afirma não ter realizado esta consulta, é questionada dos motivos e se houve dificuldade de acesso ao serviço.

A gestão local implantou, em maio de 2011, o Programa Mãe Legal, juntamente ao Programa Rede Cegonha, realizando encontros com os profissionais da atenção básica, atualizando os conhecimentos para o cuidado com a gestação e a promoção do aleitamento materno exclusivo.

Em 2013, a Secretaria de Saúde lança o programa “Mãe Pelotense”, com o objetivo de ampliar a cobertura da atenção primária às gestantes, com a captação precoce das gestantes para a realização do pré-natal. Para isso, os agentes comunitários de saúde (ACS), os visitantes do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e os agentes do programa de Combate à Dengue, seriam capacitados. E, retomada a veiculação de informações sobre o pré-natal precoce, a disponibilidade de testes rápidos

e o acesso de gestantes à medicação contra infecções urinárias. E, mediante o cumprimento dos critérios mínimos conforme protocolo do Ministério da Saúde, será entregue à puérpera enxoval completo para o bebê.

As ações propostas pela gestão de saúde precisam ser acompanhadas e avaliadas, visando medir o impacto para a população atendida. O SISPRENATAL, desenvolvido pelo DATASUS tem esta finalidade, permitindo o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. Neste sistema está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, com o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2012).

A continuidade do cuidado no puerpério qualifica a assistência às mulheres. Todavia, observa-se um reduzido número de mulheres que recebem este cuidado (GRANGEIRO *et al.*, 2008). O Ministério da Saúde na última edição do Caderno de Atenção Básica para a Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, publicado em 2012, trata do período puerperal com maior ênfase para a saúde mental e reafirma a visita domiciliar precoce e duas consultas puerperais, uma no puerpério imediato e outra no puerpério tardio, elencando todas as ações preconizadas para este período (BRASIL CAB, 2012).

Em pesquisa acadêmica do curso de medicina da UFPEL, realizada no local de trabalho da mestrandia com uma amostra de 75 puérperas em um ano, foi encontrado um percentual de registro da consulta puerperal de 20%, a partir dos registros da ficha de pré-natal da unidade. A qualidade da atenção passa pela precisão das ações realizadas e o compromisso com a documentação no registro da assistência prestada, o que só faz crescer o conceito do trabalho desenvolvido na atenção básica (CARDOSO *et al.*, 2013)

3. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada através da base PubMed, utilizando-se os termos descritos pelo *Meshterms: postpartum period and primary health care*, resultando em 184 títulos, após leitura selecionados 43 para serem lidos os resumos, após a leitura atenta destes, 19 artigos foram escolhidos para leitura na íntegra, e por último, destes definidos como relevantes três artigos para a pesquisa. Uma segunda associação de termos foi realizada: *postpartum period and program evaluation*, resultando em 77 títulos, dos quais foram selecionados 23 para leitura dos resumos, dos quais escolhidos 10 artigos para serem lidos na íntegra e selecionados cinco artigos. Os limites utilizados para a pesquisa nesta base foram: 10 anos, seres humanos e resumo disponível. Na base de dados LILACS, foi utilizada a palavra-chave: *período pós-parto* resultando em 206 títulos, sendo lidos os títulos e selecionados 42 resumos, após leitura escolhidos sete artigos para leitura na íntegra e considerados importantes quatro artigos para o estudo; sendo que foram utilizados os mesmos limites da pesquisa PUBMED. Também foram pesquisadas as referências de artigos selecionados, e acrescentadas à bibliografia.

No total foram selecionados 27 artigos para apoiar a construção do projeto de pesquisa, com o tema período pós-parto. Por fim, outras fontes foram pesquisadas: Ministério da Saúde, UNICEF, Secretaria Municipal de Saúde e National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Para a seleção dos artigos após a leitura, foram considerados os principais resultados encontrados com potencial contribuição para a qualidade da atenção à saúde da mulher no pós-parto. Os estudos com avaliação de serviço indicando ações e recomendações de vigilância na atenção básica para a pronta recuperação da mulher foram incluídas. E os artigos que tratam das alterações com maior ou maior impacto para a saúde materna e também infantil.

3.1. Mortalidade materna

A permanência das altas taxas de mortalidade materna como consequência da má utilização dos recursos financeiros e aliada a ineficiência ou inexistência de gestão foi estudada na Índia por IYENGAR e IYENGAR (2009). Nesse estudo, o acesso ao cuidado puerperal foi de 75% entre as mulheres atendidas na rede pública e de 82% entre aquelas atendidas na rede privada. Entretanto, cuidados essenciais como exame

abdominal ou orientação para a amamentação não atingiram metade dessas mulheres, sendo piores os resultados na área rural, devido às dificuldades de recursos humanos e de unidades de emergência obstétrica.

Outra pesquisa, também com puérperas da área rural identificou que as complicações maternas exacerbam sintomas físicos, aumentam riscos para depressão puerperal, trazem maiores dificuldades para a execução das tarefas domésticas e também importantes prejuízos financeiros, aumentando taxas de mortalidade materna e neonatal (IYENGAR *et al.*, 2012).

Analisando as principais causas de mortalidade materna KHAN *et al.* (2006) identificaram a hemorragia e a septicemia como principais causas na África; os distúrbios hipertensivos, na América Latina e no Caribe, sendo que na América Latina ocorreram mais mortes por abortos. Evidenciou-se que nos países em desenvolvimento prevalecem as intercorrências hemorrágicas e hipertensivas, justificando o planejamento de novas ações para qualidade nos cuidados de saúde reprodutiva com políticas e programas a nível regional e nacional.

3.2. Morbidade materna e ações a serem desenvolvidas no puerpério

O cuidado no puerpério precisa ser efetivo para realização de acompanhamento da mulher neste período. Em relação ao acesso às consultas puerperais, estudo realizado na Suécia com 150 mulheres identificou que 56% (n = 84) tiveram uma consulta pós-parto, e destas 61,9% (n = 52) tiveram esta consulta com a parteira que a acompanhou. A pesquisa mostrou que cerca da metade das puérperas receberam este cuidado e, em comparação a outros estudos, a frequência da consulta pós-parto está diminuindo. O autor da pesquisa ressalta a importância da elaboração de um plano para estas consultas organizando os cuidados maternos, atendendo as necessidades destas mulheres (CARLGREN *et al.*, 2008).

Outro estudo, realizado com puérperas do Programa Mães Curitibanas em 2007 identificou a necessidade de incorporação da mulher como sujeito social, participativa e autônoma na construção de sua cidadania. E ainda revelou a ausência de ações voltadas para a conquista e exercício de direitos na saúde e na vida. Em especial, a carência de ações que articulem e integrem os setores determinantes para prestar atenção integral à mulher no puerpério imediato (SOUZA *et al.*, 2008).

No Havaí, mulheres receberam duas intervenções para melhorar o acompanhamento no pós-parto. Uma visita quando ainda estava no hospital, com entrega de cartão de consultas e agendamento das duas consultas puerperais, e uma foto tirada na primeira consulta pós-parto e entregue num álbum na segunda consulta. Após a execução das atividades programadas, observou-se que a insatisfação com a atenção recebida diminuiu e a taxa de acompanhamento aumentou, permitindo mais oportunidades para o cuidado (TSAI *et al.*, 2011).

Dentre as morbidades com maior impacto negativo para a mulher e sua família estão as alterações psicológicas. Para reduzir este impacto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o diagnóstico e tratamento da depressão puerperal na atenção básica, realizando cuidados essenciais à saúde baseados nos princípios de acesso, assistência integral e contínua. O diagnóstico da depressão não é frequente apesar de sua incidência e morbidade, sendo mascarado neste período devido às mudanças fisiológicas, sociais e comportamentais. Então se recomenda o rastreio rotineiro através de escalas de triagem para identificar a depressão, como a Escala de Edimburgo. Sendo que, se uma mãe está deprimida, há probabilidade de que o pai também possa apresentar sintomas de depressão. Pais devem ser avaliados para transtornos, sobretudo quando suas parceiras estão deprimidas, ou seja, avaliação do ajuste no puerpério está indicada para o casal (SCHUMACHER *et al.*, 2008). Nos EUA desde 2001 foi incorporada a triagem para depressão materna nas visitas domiciliares e encaminhamento para tratamento. Estudo longitudinal de avaliação desta estratégia realizado entre 2002 e 2009 com 1902 mulheres, verificou o cumprimento do protocolo em 98% dos atendimentos, evidenciando o aumento desta ação. O rastreio possibilitou a identificação de 573 mulheres com escores de depressão elevados, viabilizando o tratamento e a prevenção de prejuízos para a saúde materna e família (SEGRE *et al.*, 2012).

Por outro lado, a amamentação interfere positivamente na saúde materna e infantil, sendo um importante fator de proteção. Pesquisa realizada na França com 108 pares de mãe e filho recomenda intervenções multifacetadas com o objetivo de apoiar o aleitamento materno que envolva pediatras e médicos de família em países desenvolvidos com prevalências de amamentação baixa ou intermediária. O resultado desse estudo evidenciou associação positiva, identificando um aumento da taxa de aleitamento materno exclusivo de 71,9% para 83,9% e a média do período de 13 para 18 semanas, ao comparar cuidados habituais com novos cuidados em rotina pré-

estabelecida com médico capacitado para uma consulta duas semanas após o parto (LABERERE *et al.*, 2005). Recente revisão de literatura demonstrou os benefícios da amamentação para a saúde da mulher, como menor risco para o câncer de mama e o de ovário. Esses estudos mostraram que a amamentação, quando exclusiva, contribui para o maior espaçamento entre gestações, prevenindo morbidades relacionadas a intervalos interpartais menores de dois anos. Índícios apontam, ainda, para menor presença de artrite reumatóide e perda de peso mais rápida (REA, 2004). Outro estudo investigou o impacto das intervenções para a promoção do aleitamento materno, recomendado pela OMS até seis meses pós-parto de forma exclusiva. Sua prevalência é baixa no mundo, sendo mais alta nos países em desenvolvimento. Nos estudos revisados foi observado o aumento das taxas de amamentação após as intervenções para o aleitamento materno exclusivo (IMDAD *et al.*, 2011). O sucesso do aleitamento materno tem relação direta com a saúde das mamas. Estudo realizado em São Paulo em uma amostra de 1020 puérperas encontrou, em 52,75%, lesões mamilares. A pesquisadora acompanhou 84 destas mulheres, e identificou que apenas 5,95% dos neonatos apresentavam pega e dinâmica de sucção adequadas na internação, com elevação para 43,33% na consulta pós-alta realizada até o décimo dia puerperal. A técnica de amamentação observada durante a internação mostrou o posicionamento inapropriado e desconfortável, e na consulta pós-alta hospitalar a puérpera, já se encontrava mais relaxada, familiarizada com a amamentação, com postura mais confortável, apoiando a mama de forma mais adequada, e com retirada adequada do RN da mama. A cicatrização das lesões aconteceu até o sexto dia puerperal na maioria das puérperas, com maior risco de suspensão do aleitamento materno neste período, exigindo mais estímulo e apoio para a manutenção da lactação. Não houve significância estatística entre a cicatrização e o tipo de parto ou tipo de mamilo, mas sim para a cor da pele, a paridade e o tipo de anestesia recebido no parto. Concluindo que a primeira semana pós-parto, é o período mais crítico para as mamas e a amamentação. Nessa fase ocorrem as adaptações maternas e do RN, e havendo melhorada sucção é possível promover melhores condições para cicatrização mamilar, preservação futura dos mamilos e minimização dos desconfortos para a mulher (SHIMODA *et al.*, 2005).

O cuidado puerperal foi estudado em pesquisa realizada no Irã, através de ensaio clínico controlado, avaliando o efeito das visitas domiciliares para puérpera visando à qualidade de vida até a sexta semana pós-parto. Nesse estudo foi realizada orientação para cuidados maternos, nutrição, exercícios físicos e apoio às novas relações

familiares. Os resultados apontaram para diferença significativa do grupo intervenção antes e depois, bem como entre esse e o grupo controle, onde a intervenção melhorou os sentimentos da mãe sobre si mesma, seu filho e seu marido, também atividades sexuais e saúde psíquica (GHODSBIN *et al.*, 2012). Revisão da literatura ressalta a importância de orientação para exercícios físicos, na recuperação das alterações que atingem a mulher no puerpério. As alterações hormonais podem persistir até cinco meses pós-parto causando dor difusa e localizada, especialmente nas articulações do quadril. O retorno às condições pré-gravídicas e a recuperação do tônus muscular é gradual, e a atenção deve ser multi e interdisciplinar. Recomenda-se programa com exercícios o mais cedo possível, sendo que os benefícios vão além da saúde física e mental, promovendo a qualidade de vida e autoestima. As pernas precisam de atenção especial para favorecer a circulação sanguínea e reduzir o edema. E, fundamentais, são os exercícios para o assoalho pélvico, no caso de perda involuntária de urina, bem como para a musculatura abdominal na recuperação desses músculos que sofreram distensão provocando dor nas costas (MARTINS *et al.*, 2011).

Estudo realizado no interior do estado de São Paulo mostrou o impacto negativo na qualidade de vida de puérperas com perda urinária. Embora, na maioria das vezes, sejam pequenas quantidades, a prevalência é alta e afeta de maneira significativa aspectos da saúde física e mental de puérperas (LEROY e LOPES, 2012). Também foi estudada, por CASTRO *et al.* (2009), a variação de peso no puerpério sendo encontrada associação da retenção de peso com o ganho de peso na gestação, Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional, dieta, atividade física, aleitamento materno e fatores socioeconômicos. Por isso, é altamente recomendável e necessária a orientação de dieta para perda de peso com dietas fracionadas, controlando o apetite exacerbado neste período, e realização de atividade física frequente e regular. Sendo que os estudos não encontram resultados negativos para o aleitamento materno, na realização destas recomendações. Ao contrário, a alta prevalência de obesidade no mundo torna-a um importante problema de saúde pública e, além disso, no Brasil observam-se, também, taxas elevadas de sedentarismo que exige do setor saúde o monitoramento da retenção de peso no puerpério, planejamento de ações em programas nacionais para o aconselhamento nutricional e atividade física regular. Os autores ressaltam a viabilidade para a execução destas intervenções, para a proteção da saúde e prevenção de agravos neste período de vulnerabilidade para a mulher.

No puerpério imediato as perdas sanguíneas diminuem gradualmente, mas podem se transformar em processo patológico com aumento dessas perdas, justificando a reposição de ferro. Em casos mais graves, poderá evoluir para choque hipovolêmico e morte materna, exigindo atendimento de suporte à vida. A lactação libera ferro pelo leite, sendo necessário, para manter o aleitamento exclusivo, aproximadamente 14% do estoque materno corporal. Enquanto a mulher estiver em amenorreia, a necessidade de ferro é reduzida em 50% (0,1 mg a 0,3 mg de ferro adicional por dia). Porém ao retornar os ciclos menstruais, as reservas do ferro materno podem diminuir drasticamente quando da ingestão insuficiente deste mineral (RODRIGUES e JORGE, 2010). Na prevenção desta deficiência é recomendada a utilização de sulfato ferroso até o 3º mês após o parto (BRASIL, 2012).

Um estudo de coorte estudou 154 gestantes internada sem hospital do Recife, com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave. A duração do internamento hospitalar puerperal foi inferior a 30 dias, sendo que 45% ficaram internadas por sete dias. Emergências hipertensivas foram registradas em 53,9% das pacientes e 76,5% receberam alta com prescrição de anti-hipertensivo. A melhora dos níveis tensionais foi observada a partir do terceiro dia pós-parto. Em casos mais graves, podem evoluir para episódios de eclâmpsia, edema agudo de pulmão, síndrome de HELLP (Hemolysis, Elevated Liverenzymes e Low Platelet), AVC (acidente vascular cerebral) e oligúria com possível evolução para insuficiência renal. A falta de assistência nas pacientes com pré-eclâmpsia ou a sua evolução desfavorável pode levar ao óbito, o que faz dessa doença a maior responsável pela mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil. Diante de uma doença potencialmente tão devastadora, a maior parte dos estudos sobre pré-eclâmpsia concentram-se no diagnóstico precoce e identificação de seus fatores de risco, ou seja, dando maior ênfase ao período pré-parto. Entretanto, a necessidade de se conhecer melhor o período pós-parto fica evidente ao se considerar as grandes alterações fisiopatológicas características deste período (MELO *et al.*, 2009).

Na maternidade do Hospital São Luiz, em São Paulo, foram analisadas gestantes e puérperas, e encaminhadas por ginecologistas e obstetras com quadro clínico suspeito de Trombose Venosa Profunda (TVP), num total de 24.437 partos realizados entre os anos de 2004 e 2006, sendo confirmados os diagnósticos clínicos de TVP em 42 gestantes. Destas, 76% eram primigestas, 64,3% estavam no terceiro trimestre e 42,8% das TVP ocorreram nas veias infrapatelares. Neste estudo foi maior a ocorrência no

membro inferior esquerdo, e um caso evoluiu com tromboembolismo pulmonar (TEP) em uma paciente de 37 anos que havia realizado fecundação in vitro, com gestação gemelar, sendo diagnosticada após a cesariana. A TVP na gravidez, apesar de sua baixa frequência, aumenta consideravelmente a morbidade materno-fetal. Ressalta-se que o tromboembolismo venoso é maior após cesarianas, durante o terceiro trimestre da gestação e, especialmente, no puerpério até a sexta semana após o parto (KALIL *et al.*, 2008).

Os estados brasileiros do Sul e do Nordeste foram estudados quanto à efetividade na realização do pré-natal e da puericultura nas UBS, sendo estas unidades estratificadas pelo modelo de atenção (PSF e Tradicional). Estudo avaliou a efetividade dos serviços de saúde através dos seguintes indicadores: a oferta da ação programática, a realização de grupo com ações educativas, a utilização de protocolos pela equipe e a capacitação dos profissionais. Os resultados mostraram que as UBS com o modelo Saúde da Família tiveram melhores resultados, apresentando mais organização da oferta de ações individuais e coletivas, com profissionais mais capacitados, maior utilização de protocolos e maiores coberturas populacionais (PICCINI *et al.*, 2007).

3.3. Atenção à saúde materna e sistemas de informações

A atenção pré-natal foi estudada em Quixadá no Ceará e apesar do aumento na cobertura de pré-natal, no nosso país permanecem altas as taxas de mortalidade materna sendo necessária a avaliação da qualidade prestada no atendimento à mulher antes, durante e após o parto. A análise identificou que o cadastramento no Sistema de informação é falho sendo que nas mulheres cadastradas houve avanço no número de consultas de pré-natal, porém não no atendimento ao puerpério (GRANGEIRO *et al.*, 2008).

Avaliação da qualidade do pré-natal foi realizada em 12 UBS do município de São Paulo, revisando os prontuários antes e após a municipalização do sistema de saúde. Foi definido como indicador de excelência se foram realizados os procedimentos recomendados, incluindo o retorno para a revisão pós-parto até o 42º dia. Esse indicador, não foi observado no ano de 2000, ocorrendo em 7,7% dos atendimentos em 2004 evidenciando melhoria do atendimento no período, e a necessidade de melhorar a assistência realizada. O retorno após o parto é uma das medidas de qualidade da assistência pré-natal para prevenir intercorrências. Estreitar a relação entre puérpera e

serviço, facilitar a adesão da família e incluir o bebê no serviço de saúde, promovem o cuidado após o parto. O retorno, para este cuidado, aconteceu em aproximadamente 50% das puérperas de quatro das unidades de saúde estudadas, o que pode refletir o baixo vínculo do profissional da saúde com a gestante (SUCCI *et al.*, 2008). Indicadores do PHPN foram analisados em Botucatu, São Paulo. O percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério foi de 58,7%, de todas as consultas e todos os exames básicos foi de 10,1% e todas as consultas, todos os exames e imunização para o tétano, 3%. Ações para melhoria dos indicadores de qualidade abrangem o acolhimento das mulheres, o vínculo com o serviço, o trabalho multiprofissional, as enfermeiras na atenção pré-natal de baixo risco, a conscientização em relação à importância dos registros, viabilização da contra-referência, efetiva realização das ações básicas de consenso técnico, atividades educativas em grupo e a educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção pré-natal e puerperal (PARADA, 2008).

Estudo transversal com dados 1.489 puérperas internadas para parto pelo Sistema Único de Saúde entre novembro de 2008 e outubro de 2009 no município de São Carlos/SP, avaliou as informações do cartão da gestante e do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), comparando as duas fontes. Houve diferença significativa para todos os requisitos mínimos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, e também na comparação dos indicadores de processo. O cartão de pré-natal apresentou registro de informações superior ao do sistema de acompanhamento do SISPRENATAL indicando uma possível fragilidade no uso desse sistema como fonte segura para avaliação do cuidado realizado. Além disso, é insuficiente quanto a todos os requisitos mínimos e indicadores de processo, recomendando aos municípios a adequação para a qualidade da assistência e capacitação de seus profissionais (ANDREUCI e CECATTI, 2011).

Em Pelotas, no ano de 2007, estudo qualitativo realizado por LOPES *et al.* (2011) avaliou a qualidade dos registros no programa nas fichas de pré-natal, em uma amostra com 392 puérperas acompanhadas em cinco Unidade Básicas de Saúde. A consulta puerperal foi registrada em, aproximadamente, 40% das fichas analisadas. A autora do estudo aponta para a necessidade de integração entre equipe de saúde e gestante, com garantia de acesso para a realização da consulta puerperal na unidade de saúde. Recomenda ações para a captação das puérperas em consulta de puericultura do

recém-nascido, em consulta de planejamento familiar ou na visita domiciliar. E destaca com o estudo a importância do registro das ações realizadas, para controle e planejamento de saúde.

A qualidade da atenção puerperal avaliada e categorizada em estudo com adolescentes no Piauí utilizou dois parâmetros na avaliação do cuidado pré-natal: um índice internacional (Adequacy of Prenatal Care Utilization) e outro nacional, baseado em recomendações do Ministério da Saúde. A qualidade foi categorizada em adequada superior, adequada, intermediária e inadequada. Na atenção puerperal os resultados apontaram para uma qualidade intermediária para 38,6% das mulheres, 52,3% não retornaram à unidade de saúde e tampouco receberam visita domiciliar, 70,5% foram orientadas sobre os métodos contraceptivos e 93,2%, sobre aleitamento materno, recomendando que esforços para melhorar a organização, o acolhimento e acompanhamento das adolescentes desde o pré-natal até o puerpério por equipe multidisciplinar (VILARINHO *et al.*, 2012).

Com base na literatura evidencia-se a necessidade de qualificar a atenção realizada ao puerpério. Sendo o registro, elemento inicial para a obtenção da qualidade. Acredita-se que quanto maior for o número de informações registradas, potencialmente melhor será a qualidade. A ausência de registro dificulta o acompanhamento pelo mesmo profissional ou o seguimento por outros profissionais da equipe de saúde. Neste caso, a quantidade advém em qualidade. Portanto, sem registro não há qualidade (GRANGEIRO *et al.*, 2008; SUCCI *et al.*, 2008; LOPES *et al.*, 2011).

4. JUSTIFICATIVA

O período pós-parto exige atenção especial frente à fragilização física, psíquica e social que impõe a mulher. Podem ocorrer, neste período, complicações que precisam ser identificadas precocemente e tratadas. Neste período estas complicações não identificadas ou não tratadas são responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas principalmente por hemorragias e infecções (BRASIL, 2012).

No Brasil, a Atenção Básica é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, ocupando papel central na rede de atenção. Está alicerçada nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Nesse contexto as Unidades Básicas de Saúde devem garantir o acesso aos serviços de qualidade, e a avaliação em saúde pode ser uma ferramenta eficaz para identificar e corrigir as lacunas do cuidado materno, onde as ações estão ainda direcionadas para o recém-nascido, negligenciando a saúde da mulher neste período (BRASIL, 2012a).

A atenção básica é espaço privilegiado para intervenções com alto impacto nos indicadores de saúde e as ações programáticas têm contribuído para importantes avanços na saúde da materno-infantil. Entretanto, mesmo os programas mais atuais, como a Rede Cegonha em nível nacional e o programa “Mãe Legal”, em nível municipal, parecem não ter diminuído a fragilidade do cuidado puerperal, contendo poucas ações efetivas para o cuidado puerperal, sendo a cobertura de consulta puerperal no ano de 2012 de 20% segundo informações da Secretária Municipal de Pelotas.

Pretende-se com o presente estudo avaliara qualidade do cuidado realizado à puérpera na rede de atenção básica do município, diante das recomendações de protocolos atuais para o período (BRASIL, 2012). Além disso, recomendar ações de intervenção para melhorar a qualidade da atenção ao puerpério, com base nos resultados encontrados, apoiando em caráter prioritário as unidades de saúde com menor qualidade.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade da atenção realizada às puérperas na rede de atenção básica do município de Pelotas/RS, através de dados secundários, no ano de 2013.

5.2. Objetivos específicos

1. Avaliar a presença de registro sobre informações do puerpério nas fichas de pré-natal e prontuários-família.

2. Verificar o registro dos indicadores de qualidade para a atenção ao período pós-parto abaixo relacionados:

- a) Realização de visita domiciliar na primeira semana de puerpério.
- b) Realização da primeira consulta na unidade de saúde, até o 10º dia puerperal.
- c) Realização de consulta puerperal na unidade de saúde entre o 30º e 42º dia após o parto.
- d) Promoção do aleitamento materno exclusivo com observação da mamada na consulta.
- e) Controle de sinais vitais nas consultas.
- f) Prescrição de método contraceptivo adequado para o período puerperal.
- g) Exame das mamas nas consultas e registro dos principais achados.
- h) Anamnese para infecção puerperal.
- i) Anamnese para hemorragia pós-parto.
- j) Anamnese para pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
- k) Anamnese para tromboembolismo.
- l) Observação de sintomas psicológicos.
- m) Presença de familiar nas consultas puerperais.
- n) Checagem da situação vacinal para dT, HB e SRC.
- o) Revisão laboratorial segundo avaliação clínica, em especial para VDRL e HIV em caso de não ter sido rastreado no pré-natal.
- p) Controle do peso da puérpera na consulta puerperal.
- q) Orientação de alimentação saudável.
- r) Orientação para atividade física regular.
- s) Prescrição de sulfato ferroso para o uso até o terceiro mês após o parto.

3. Verificar os indicadores da qualidade da atenção ao puerpério de acordo com o modelo de atenção da UBS - Tradicional ou Estratégia Saúde da Família (ESF).

6. HIPÓTESES

As fichas de pré-natal estarão sem informação em 40% do total analisado, incompletas em 30% e com todas as informações em 30%.

A consulta puerperal estará registrada para, aproximadamente 60% das puérperas.

Não serão encontrados registros de visita domiciliar na primeira semana de puerpério no município.

Estará registrada em cerca de 10% das puérperas, a consulta puerperal até o 10º dia.

Em torno de 40% dessas mulheres terão registro de consulta puerperal até o 42º dia.

O registro da observação da mamada nos atendimentos puerperais, será em torno de 30% das nutrizes.

Em 50% das consultas será registrada a verificação da pressão arterial, e a temperatura axilar será de 10%.

O método anticoncepcional estará prescrito para 40% das mulheres em pós-parto tardio.

No período pós-parto 40% das mulheres terão registro das principais alterações encontradas no exame das mamas.

Cerca de 40% das puérperas serão questionadas para infecção puerperal com o respectivo registro desta ação em prontuário.

A hemorragia pós-parto será investigada e registrada em 50% das puérperas.

Sinais e sintomas de pré-eclâmpsia e eclâmpsia serão investigados e registrados em 40% das mulheres.

Os sinais indicativos de tromboembolismo serão questionados e registrados em 20% das consultas puerperais.

Os sintomas de alterações psicológicas serão observados nos registros em 10% das mulheres da amostra.

O rastreamento para depressão pós-parto, com aplicação de escala de Edimburgo, não faz parte da rotina dos serviços. Portanto, não será verificada sua utilização na rede básica.

Registro de apoio familiar será realizado em 60% das consultas, entretanto será menor a proporção de pais.

A revisão do esquema vacinal da mulher no puerpério contra o tétano, hepatite B e rubéola, estará registrada em 10% as mulheres, e será mais expressiva a revisão para a vacina dT.

Diante da não realização de testagem para VDRL E HIV, estes exames serão solicitados para 20% das mulheres no puerpério imediato ou mesmo tardio.

Aproximadamente 30% das mulheres terão registro de peso na consulta puerperal.

Haverá orientação e registro para alimentação saudável em 30% das puérperas.

Estará registrada em 20% das puérperas orientação para atividade física regular.

Será registrada, em 80% das puérperas, a prescrição de sulfato ferroso por três meses.

A qualidade da atenção ao pós-parto será maior nas UBS com ESF.

7. MATERIAIS E MÉTODOS

7.1. Delineamento

Trata-se de um estudo transversal.

7.2. População-alvo

Puérperas que receberam atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde e realizaram o parto em hospitais do município de Pelotas.

7.3. Variáveis dependentes (desfechos)

As variáveis dependentes desse estudo serão os indicadores de qualidade da atenção ao puerpério, listados abaixo:

- 1) Realização de visita domiciliar na primeira semana de puerpério.
- 2) Realização da primeira consulta na unidade de saúde, até o 10º dia puerperal.
- 3) Realização de consulta puerperal na unidade de saúde entre o 30º e 42º dia após o parto.
- 4) Promoção do aleitamento materno exclusivo com observação da mamada na consulta.
- 5) Controle de sinais vitais nas consultas.
- 6) Prescrição de método contraceptivo adequado para o período puerperal.
- 7) Exame das mamas nas consultas e registro dos principais achados.
- 8) Anamnese para infecção puerperal.
- 9) Anamnese para hemorragia pós-parto.
- 10) Anamnese para pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
- 11) Anamnese para tromboembolismo.
- 12) Observação de sintomas psicológicos.
- 13) Presença de familiar nas consultas puerperais.
- 14) Checagem da situação vacinal para dT, HB e SRC.
- 15) Revisão laboratorial segundo avaliação clínica, em especial para VDRL e HIV em caso de não ter sido rastreado no pré-natal.
- 16) Controle do peso da puérpera na consulta puerperal.
- 17) Orientação de alimentação saudável.
- 18) Orientação para atividade física regular.

19) Prescrição de sulfato ferroso para o uso até o terceiro mês após o parto.

7.3.1. Padrão de qualidade dos indicadores para o puerpério

A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Portanto, é necessário fornecer um cuidado de qualidade, percebendo e intervindo no puerpério integralmente. Baseado nas referências (BRASILa, 2012; CHILE, 2008; NICE, 2006; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012) de protocolos nacionais e internacionais o padrão de qualidade para os indicadores selecionados é definido abaixo:

1. Realização de visita domiciliar na primeira semana de puerpério, com orientação para o cuidado materno e neonatal.

O padrão de qualidade para este indicador será a realização de visita domiciliar na primeira semana pós-parto, levando em consideração que boa parte, das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, acontece na primeira semana após o parto. Nesta visita devem ser orientados à mulher os sinais de risco para a saúde materna e infantil; ações para o aleitamento materno efetivo, cuidados com o recém-nascido e a puérpera; orientação e agendamento para consulta puerperal precoce e uma tardia; observado comportamento familiar; busca de informações do parto e questionamento sobre queixas e dúvidas maternas (BRASIL, 2012a).

2. Realização de primeira consulta até o 10º dia puerperal.

O padrão de qualidade para este indicador será o acesso à consulta puerperal precoce, que deverá ser marcada na unidade de saúde mais próxima da cliente. Nesta consulta é fundamental receber a mulher com respeito, gentileza e apresentar-se. Realizar o exame das mamas e incentivar o aleitamento materno. Realizar escuta qualificada, percebendo os sentimentos da mulher e da família, observando os aspectos emocionais da puérpera. Realizar exame clínico e ginecológico; fornecer orientações para atividade sexual, DST/AIDS; cuidado com as mamas, reforçando o aleitamento; cuidados com o recém-nascido; direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas). Orientar sobre planejamento familiar e ativação de método contraceptivo, após informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto.

Registrar informações em prontuário e agendar consulta de puerpério (BRASIL, 2012a; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012).

3. *Realização de consulta entre o 30º ao 42º dia puerperal.*

Após o atendimento precoce (entre o 7º e 10º dia), deve-se orientar a puérpera para nova avaliação entre o 30º e o 42º dia pós-parto, ou antes, conforme necessidade. Neste retorno, ouvem-se as queixas da mulher e procede-se ao exame físico, discutir o aleitamento e orientar para alterações, investigação e sobre amamentação, retorno da menstruação e atividade sexual; realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências. Em caso de esquema vacinal incompleto, deve-se aproveitar para completá-lo em especial a imunização contra o tétano e rubéola. Lembrar que este é o momento oportuno para orientações sobre planejamento familiar e prescrição de método contraceptivo. Registro em documento do serviço (BRASIL, 2012a; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012).

4. *Observação da mamada para a promoção do aleitamento materno exclusivo durante consulta de puerpério.*

O padrão de qualidade para este indicador será a observação formação do vínculo mãe-filho, observando a mamada para avaliação detalhada da técnica para a garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Esta observação possibilita a orientação se necessário aprendizado prático, corrigindo eventuais comportamentos potencialmente prejudiciais ao aleitamento materno exclusivo e a saúde da mulher (BRASIL, 2012a).

5. *Verificação de sinais vitais, ao menos pressão arterial e temperatura corporal.*

O padrão de qualidade para este indicador será quando forem verificados os sinais vitais nas consultas de puerpério para a avaliação clínica e ginecológica, registradas as medidas no prontuário familiar e ainda avaliação para a promoção da saúde. Este controle deve identificar precocemente, junto aos sinais de alterações clínicas, morbidades próprias do período puerperal possibilitando o diagnóstico e tratamento adequado e em tempo hábil (BRASIL, 2012a; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012).

6. *Prescrição de método contraceptivo para o puerpério.*

O padrão de qualidade para este indicador será obtido com a escolha do método considerando o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação e os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente. A LAM (método da amenorreia da lactação) está indicada para a mulher em amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia; sendo que no retorno das menstruações e/ou aleitamento materno misto, está indicado associar outro método, preferencialmente não hormonal, como o dispositivo intrauterino (DIU) e os métodos de barreira. O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir de quatro semanas pós-parto e tem contra-indicação até três meses após a cura de infecção puerperal. O preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado. O anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula), e o anticoncepcional injetável trimestral são indicados após seis semanas do parto. Observações: o anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados em lactantes, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê. E os métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, entre outros – só poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual (BRASIL, 2012a; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012).

7. *Exame das mamas e registro dos principais achados.*

O padrão de qualidade para este indicador será obtido com o exame das mamas avaliando esvaziamento adequado da mama, alterações anatômicas que possam mastite, sinais de infecção suspeitos de abscesso e fissuras mamilares (BRASIL, 2012a; prejudicar a amamentação, ingurgitamento mamário, sinais inflamatórios indicativos de

CHILE, 2008; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012).

8. *Investigação de infecção puerperal.*

O padrão de qualidade para este indicador será obtido a partir dos questionamentos que investiguem as alterações clínicas para infecção pós-parto, como a presença de temperatura axilar maior que 38°C persistente, dor no abdome à palpação ou relatada e o aparecimento de secreção vaginal fétida (BRASIL, 2012a; NICE, 2006; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012).

9. *Investigação de hemorragia pós-parto.*

O padrão de qualidade para este indicador será obtido a partir da identificação de sangramento vaginal repentino ou persistente, ou ainda sinais de franqueza, sonolência ou tonturas. Neste caso, está indicada a palpação do abdome com atenção especial para o útero e avaliadas anormalidades no tamanho, tônus, e a posição do útero (BRASIL, 2012a; NICE, 2006; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012).

10. *Investigação de pré-eclâmpsia e eclâmpsia.*

O padrão de qualidade para este indicador será obtido, quando questionado à puérpera, sinais e sintomas suspeitos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, onde a mulher tem queixas de cefaleia ou alterações visuais, ou ainda, de náuseas ou vômitos. E somando-se a estas queixas, verifica-se a ocorrência de elevação da tensão arterial (diastólica maior de 90mm/hg) durante a gestação, parto ou puerpério (NICE, 2006).

11. *Investigação sobre tromboembolismo.*

O padrão de qualidade para este indicador será a investigação da queixa de dor na panturrilha unilateral, vermelhidão ou inchaço na perna, para diagnóstico precoce de trombose venosa profunda, para o tratamento oportuno e prevenção do tromboembolismo, sendo que mulheres obesas têm maior risco para esta complicação (NICE, 2006).

12. Avaliação para alterações psicológicas.

O padrão de qualidade para este indicador será o diagnóstico precoce de sofrimento mental puerperal, e assistir as alterações para auxiliar na relação mãe-bebê satisfatória no âmbito familiar, social, físico e psicológico. Alterações emocionais repercutem na interação mãe-filho de forma negativa e promovem um desgaste na relação com os familiares e na vida afetiva do casal. O *baby blues* acomete de 50 a 70% das puérperas, sendo um estado depressivo mais brando, transitório, a partir do terceiro dia e até duas semanas pós-parto, caracterizam-se por: fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta confiança em si própria, sentimentos de incapacidade. A puérpera adolescente é mais vulnerável ainda, portanto necessita de atenção especial nessa etapa. Quanto ao rastreio para depressão pós-parto com aplicação de escala de Edimburgo, na consulta entre o 30º e 42º dia de puerpério, o padrão de qualidade para este indicador será a utilização de ferramentas permite um *screening* da depressão pós-parto, como o EPDS (*The Edinburg Postnatal Depression Scale*). O instrumento é autoaplicável com respostas e pontuação que identificam as mulheres com depressão pós-parto, sendo significativamente melhor do que a avaliação clínica. Sua aplicação está indicada na segunda consulta puerperal. A depressão pós-parto não tratada pode se resolver espontaneamente ou transformar-se em um distúrbio crônico e aumenta risco para depressão maior puerperal ou não puerperal. Altas prevalências das alterações mentais puerperais remetem para a importância de se conhecer, e diagnosticar precocemente os sofrimentos e assistir à saúde da mulher. A tristeza puerperal, muito intensa e duradoura pode ocasionar a depressão pós-parto (BRASIL, 2012a; NICE, 2006; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012).

13. Presença de familiar nas consultas puerperais.

O padrão de qualidade deste indicador será a promoção da presença de familiar nas consultas puerperais, observando as relações familiares, incluindo a família no cuidado com o bebê e mãe. A ajuda mútua e a compreensão das alterações vivenciadas no puerpério, podendo ser fonte de reintegração e reorganização para o casal. O companheiro e as outras pessoas, que estão próximos da mãe e do bebê, têm um papel importante na constituição da relação de confiança. Primeiramente, estando ao lado da mãe para acolher suas ansiedades, como também os desesperos da criança e, aos

poucos, entrando na relação com a função paterna (BRASIL, 2012a; CHILE, 2008; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012).

14. Avaliação e conduta para a situação vacinal antitetânica (dT), contra hepatite B (HB) e contra a rubéola (SRC).

O padrão de qualidade para este indicador está em revisar o esquema vacinal para as vacinas acima, se a puérpera não estiver imunizada deverá receber as vacinas antitetânica, contra a rubéola e contra a hepatite B. A vacina triviral (SRC) é indicada para todas as puérperas que não tenham sido vacinadas, ou que não tenham como comprovar a aplicação anterior. A dose é única e tem por objetivo imunizar a mulher em idade fértil, principalmente contra a rubéola, evitando assim, as más formações congênitas do bebê causadas por esta doença durante a gravidez (BRASIL, 2012a; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012).

15. Revisão laboratorial segundo avaliação clínica, em especial para VDRL E HIV em caso de não ter sido rastreado no pré-natal.

O padrão de qualidade para este indicador será a observação da testagem para VDRL e HIV durante a gravidez ou parto, sendo que se a mulher não realizou estes exames, deverão ser solicitados estes exames laboratoriais, com aconselhamento pré e pós-teste na primeira consulta (BRASIL, 2012a; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012).

16. Verificação de peso da mulher nas consultas puerperais.

O padrão de qualidade para este indicador será observado com a verificação do peso da puérpera, avaliação e conduta. Neste período pode ocorrer a retenção de peso, contribuindo para o desenvolvimento da obesidade. Sendo aconselhável orientação sobre dieta e atividade física para o breve retorno ao peso pré-gravidez. A nutriz pode ser submetida à dieta de emagrecimento desde que a programação de perda de peso não seja superior a 2 kg por mês (CHILE, 2008 e PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012).

17. Orientação de alimentação saudável, com aumento da ingestão hídrica, de proteínas, carboidratos, frutas e verduras.

O padrão de qualidade para este indicador será a orientação para maior aporte alimentar energético e nutricional para a nutriz. Recomenda-se um acréscimo diário de 500 calorias neste período, qualificação da alimentação, aumento do consumo de líquidos, alimentos ricos em proteínas e nutrientes como o leite e derivados, peixes e ovos. Desencorajar a utilização de bebidas alcoólicas e alimentos com cafeína (refrigerantes de cola, chá preto e chocolate). Dar ênfase à seleção de fontes alimentares de micronutrientes, em especial, vitaminas A e C e minerais como cálcio e fósforo cujas necessidades são mais expressivas (CHILE, 2008; BRASIL, 2012a; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012).

18. Orientação para realização da atividade física regular.

O padrão de qualidade para este indicador será a orientação para atividade física a partir da terceira semana pós-parto, na medida em que a mulher recupera o bem estar físico e emocional. A atividade deverá ser diária, em torno de 15 a 20 minutos, executando exercícios para fortalecer a musculatura, aliviando as dores frequentes neste período. Em especial deve ser trabalhada a musculatura pélvica para sua recuperação, sendo altamente recomendável para a promoção ou recuperação do controle urinário e prevenção de prolapso genital. Os exercícios de Kegel consistem em interromper o ato miccional. Podem ser realizados diversas vezes ao dia, sendo prático e simples. A orientação para a prática de exercícios físicos deve ocorrer na ausência de complicações puerperais (PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012).

19. Prescrição de sulfato ferroso na consulta até o 10º dia puerpério, para utilização até o terceiro mês após o parto.

O padrão de qualidade para este indicador será a prescrição de suplementação de ferro: 60mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para gestantes sem anemia diagnosticada (BRASIL, 2012a; CHILE, 2008; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2012).

7.4. Variáveis independentes

Tipo de UBS: Modelo Tradicional ou com Estratégia de Saúde da Família.

7.5. Fontes de informação para avaliação da qualidade

As fontes de informação para a coleta de dados serão o prontuário-familiar e a ficha de pré-natal.

7.6. Amostra

Para estimarmos o tamanho da amostra, realizou-se primeiramente uma estimativa do número de puérperas atendidas em unidades básicas de saúde no município de Pelotas. O número de nascimentos no ano de 2011 foi de 4275. Assim em média, ocorrem 357 nascimentos por mês. Através de uma breve análise dos registros dos nascimentos acompanhados pela secretaria de saúde pelo programa Pré-Nenê, verificou-se que do total de gestantes, 70% realizou o pré-natal em unidades básicas de saúde. Assim, em torno de 250 mulheres foram acompanhadas por equipes de unidades de saúde. Por fim, dividindo este número pelo total de UBS (n=50), estima-se que, em média, cada unidade acompanha cinco puérperas ao mês. Logo, selecionando as 34 UBS da zona urbana do município que atualmente realizam pré-natal e cuidado puerperal, teremos uma amostra de 170 puérperas ao mês. Para o cálculo de prevalência dos indicadores de qualidade do cuidado puerperal, adotou-se uma prevalência de 50% (percentual com maior tamanho de amostra necessário), nível de confiança de 95% e cinco pontos percentuais de erro. Assim, seriam necessárias 384 puérperas, sendo necessários três meses de registros (n=510) nas UBS para a amostra mínima necessária.

Para o cálculo de associação com o modelo de atenção, adotando-se um nível de significância de 5%, poder de 80% e relação de exposto/não exposto de 1:1 (15 UBS com ESF e 19 tradicionais), seriam necessárias 516 puérperas para detectar diferenças com razões de prevalências de 1,8 e prevalência de desfecho em não expostos de 13%. Nesse cálculo utilizou-se o desfecho com a menor prevalência esperada. Assim, a coleta de dados por um período de três meses (n=468) será suficiente para avaliar as prevalências dos desfechos e as respectivas associações com o modelo de atenção.

7.7. Amostragem

A seleção das puérperas, para compor a amostra do estudo, será a partir dos registros em formulários próprios do programa Pré-Nenê, onde consta o nome das puérperas, a unidade de saúde de referência informada, e informações da saúde materna e neonatal. Serão selecionadas todas as puérperas que entraram no sistema do programa Pré-Nenê nos meses fevereiro, março e abril de 2013, que atendem os critérios de elegibilidade. Caso a amostra necessária não seja atingida, será realizada a coleta de dados em mais mês (maio de 2013).

7.8. Critérios de elegibilidade

Farão parte da amostra as puérperas que realizaram pré-natal nas unidades de saúde da zona urbana do município de Pelotas selecionadas para o estudo.

Serão incluídas as unidades de saúde da zona urbana, que realizam a assistência pré-natal para as gestantes da sua comunidade.

Serão excluídas as puérperas sem informação da unidade de saúde que realizou o pré-natal.

Serão excluídas as puérperas cujos recém-nascidos tiverem óbito neonatal.

Serão excluídas as puérperas que tiverem natimortos.

Serão excluídas as puérperas que realizaram pré-natal nos ambulatórios de alto risco.

7.9. Logística

Inicialmente será adquirido o material de escritório e impressão dos formulários para a coleta de dados das puérperas selecionadas para o estudo. Será divulgada nas faculdades de enfermagem, nutrição e medicina a seleção de voluntários para coleta e digitação dos dados (em dupla). Após seleção haverá um treinamento para manuseio do instrumento de pesquisa com leitura do manual de instruções e esclarecimento de dúvidas. Para otimizar o tempo, um cronograma com roteiro das visitas às unidades de saúde será entregue aos voluntários, bem como os contatos da mestrandia responsável pelo projeto.

Para a execução do projeto inicialmente será realizada uma reunião com a gestão da secretaria municipal de saúde, apresentando o tema da pesquisa, o cronograma de visitas às unidades básicas, e a apresentação dos profissionais envolvidos na pesquisa.

Logo após, será agendada a coleta dos dados dos formulários do Prá-Nenê, com a seleção das puérperas dos meses de estudo: fevereiro, março e abril de 2013.

7.10. Piloto

Anterior ao trabalho de campo, o instrumento será testado através de estudo piloto em UBS da zona rural da cidade, realizado pela mestranda e avaliado posteriormente. Esta unidade não participará da amostra do estudo. E o piloto será realizado antes do início da coleta de dados. O objetivo será testar o instrumento de coleta de dados, e verificar o tempo médio de coleta das informações em uma UBS e as principais dúvidas durante a coleta dos dados.

7.11. Coleta de dados

A coleta dos dados será realizada pela mestranda e quatro voluntários, previamente selecionados e treinados para a utilização do instrumento de pesquisa. A supervisão da coleta será diária e direta, em trabalho de campo realizado em forma de mutirão em cada unidade de saúde. As possíveis dúvidas ou dificuldades deverão ser sanadas de imediato, durante as coletas que seguirão roteiro previamente elaborado.

Encontro semanal será realizado com a pesquisadora responsável pelo projeto e o coorientador da pesquisa onde serão revisados os questionários da semana, e encontro quinzenal com estes e o orientador para avaliação do trabalho de campo.

A programação das visitas às unidades de saúde será baseada num roteiro, elaborado pela mestranda com meta semanal, que orientará a sequência das coletas. Planejada de acordo com o tamanho da unidade, os horários de funcionamento de cada serviço e disponibilidade dos coletores.

Para o controle de qualidade será realizado, após a coleta em todas UBS, sorteio de 10% das unidades de saúde estratificadas segundo o tamanho (pequena, média e grande), para a realização de uma segunda coleta. Os dados serão comparados e analisados.

O período previsto para a realização da coleta é de, no máximo, três meses.

As fontes de informações serão três: os formulários do programa Prá-Nenê, as fichas de pré-natal e os prontuários familiares, configurando coleta de dados secundários.

Para esta atividade será utilizado instrumento único.

7.12. Análise dos dados

Será realizada a descrição dos dados com cálculo de prevalências e respectivos intervalos de confiança para cada indicador da qualidade do cuidado puerperal.

Para os desfechos que contemplam a verificação de datas, será realizada a mensuração do tempo através da diminuição da data de ocorrência do desfecho pela data de ocorrência do parto. Essa operação resultará em uma variável contínua (em dias). Assim, a adequação do tempo de ocorrência da ação poderá ser avaliada.

Para verificar as diferenças nas prevalências dos indicadores por modelo de atenção, será utilizado o teste de qui-quadrado para heterogeneidade ou teste exato de Fisher.

8. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Também será solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa, apresentando o tema a ser estudado e a necessidade do acesso aos documentos das unidades de saúde selecionadas, essencialmente a ficha de pré-natal e o prontuário-família, para a coleta de dados. Após, serão enviadas cartas de apresentação dos pesquisadores e colaboradores na coleta de dados para ciência das chefias das unidades de saúde selecionadas para o estudo.

9. RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

Espera-se avaliar a qualidade da atenção dispensada às mulheres em pós-parto imediato e tardio, medindo as prevalências dos indicadores para as ações que atendem as melhores evidências para este período. Identificar os pontos de maior fragilidade na atenção primária à saúde, proporcionará um caminho para o planejamento de novas ações, como capacitações para os profissionais, elaboração de protocolos, realizações de intervenções, com a devida avaliação e monitoramento. Os resultados alcançados pelo estudo serão levados ao conhecimento dos gestores locais, conselho municipal de saúde, unidades de saúde do município e meio acadêmico. Além dessa divulgação local dos resultados, está prevista a redação de artigo científico a ser submetido à publicação em periódico nacional indexado e divulgação através da imprensa local.

10. ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

No quadro abaixo estão listados os materiais e a estimativa dos custos para a realização do estudo, compondo o orçamento para a realização desta pesquisa.

Quadro - Relação das despesas do estudo.

| Item | Descrição | Quantidade | Valor | Valor total |
|-----------------------|-----------------------|------------|--------------|-------------|
| Notebook | Dell i3 | 1 | 1.800,00 | 1,800,00 |
| Folhas de ofício | Pacote c/ 500 | 4 | 15,00 | 60,00 |
| Impressora | Jato de tinta | 1 | 200,00 | 200,00 |
| Cartucho | Tinta | 2 | 30,00 | 60,00 |
| Grampeador | De mesa 26/6 | 1 | 10,00 | 10,00 |
| Grampos | Cx c/ 5000 unid | 1 | 3,00 | 3,00 |
| Pastas | Colorida/elástico | 4 | 7,00 | 28,00 |
| Canetas | Esferográficas | 6 | 2,00 | 12,00 |
| Lápis | 2B | 6 | 2,00 | 12,00 |
| Borracha | Faber Castell | 4 | 2,00 | 8,00 |
| Corretivo | Líquido | 4 | 2,50 | 10,00 |
| Envelope | Tamanho ofício branco | 120 | 0,50 | 60,00 |
| Transporte | Passagem | 168 | 2,75 | 462,00 |
| Questionário | Impressão | 600 | 0,10 | 600,00 |
| Manual para o coletor | Impressão | 40 | 0,10 | 4,00 |
| Total das despesas | | | R\$ 3.329,00 | |

Esta pesquisa não dispõe, até o momento, de auxílio financeiro. Sendo assim, fica sob a responsabilidade da pesquisadora proponente dispor dos recursos necessários para sua realização.

11. CRONOGRAMA

Estima-se realizar este projeto de pesquisa em 20 meses, com atividades concomitantes de acordo com o quadro abaixo. Iniciando com a construção do projeto até março de 2013, juntamente ao planejamento logístico e revisão da literatura; a coleta de dados e controle de qualidade até junho, a digitação e limpeza dos dados em julho e agosto, e a análise dos dados setembro e outubro. E, por fim, a redação do artigo até janeiro e entrega e defesa da dissertação até março de 2014.

| AÇÃO/ MÊS-ANO | 2012 | | | | | 2013 | | | | | | | | | | | | 2014 | | |
|-------------------------------|------|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|
| | A | S | O | N | D | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | J | F | M |
| Elaboração do projeto | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Revisão da literatura | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Planejamento logístico | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| Coleta dos dados | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Controle de qualidade | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | |
| Digitação dos dados | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | |
| Limpeza dos dados | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | |
| Análise dos dados | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | |
| Redação do artigo | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Entrega/defesa da dissertação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |

12. REFERÊNCIAS

1. ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.6 p 1053-1064, 2011.
2. 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. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada — manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
7. CARDOSO, A.M.G.; TOLA, I.V.; SILVA, M.T.; REIS, M.B.D.; MACHADO, N.A. Avaliação das Fichas de Pré-natal em uma unidade básica de Pelotas. UFPEL. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social, 2013.
8. CARLGREN, I.; BERG, M. Postpartum consultation: occurrence, requirements and expectations. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 8, n. 29 p. 01- 18, 2008.
9. CASTRO, M.B.T.; KAC, G.; SICHIERI, R. Determinantes nutricionais e sociodemográficos da variação peso no pós-parto: uma revisão da literatura. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.9, n.2 p 125-137, 2009.

10. CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaria Salud Pública. Manual de Atención Personalizada em el Proceso Reproductivo. Departamento Asesoria Juridica. Ministerio de Salud, 2008.
11. DATASUS - Departamento de Informática do SUS (2008). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acessado em 15-04-13.
12. DE MELO, B.C.P.; AMORIN, M.M.R.; KATZ, L.; COUTINHO, I.; VERÍSSIMO, G. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Rev Assoc Med Bras**, v.55, n.2 p 175-180, 2009.
13. FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S.H.; RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J.A.; editores. **Rotinas em obstetrícia** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 115-31.
14. GHODSBIN, F.; YAZDANI, K.; JAHANBIN, I.; KESHAVARZI, S. The effect of Home Visit during the first six weeks of postpartum on the quality of life of primiparous women referred to Shiraz health centers of Shiraz University of Medical Sciences. **Invest Educ Enferm.**, v. 30, n. 3 p. 339-345, 2012.
15. GRANGEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enfermagem**, v.42, n.1 p. 105-111, 2008.
16. IMDAD, A.; YAKOOB, M.Y.; BHUTTA, Z.A. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. **BMC Public Health**, v.11 p. 3-24, 2011.
17. IYENGAR, K.; IYENGAR, S.D. Cuidados obstétricos de emergência e de referência: experiência de dois centros de parteira lideradas saúde na zona rural do Rajastão, na Índia. **Reprod Health Matters**, v.2009, n.17 p.9-20, 2009.
18. IYENGAR, K.; YADAV, R.; SEM, S. Consequências de complicações maternas na vida das mulheres no pós-parto primeiro ano: um estudo de coorte prospectivo. **J Nutr Saúde Popul**, v.30, n.2 p.226-240, 2012.
19. KALIL, J.A.; JOVINO, M.A.C.; DE LIMA, M.A.; KALIL, R.; MAGLIARI, M.E.R.; SANTO, M.K.D.S. Investigação da trombose venosa na gravidez. **J Vasc Bras**, v.7, n.1 p 28-37, 2008.
20. KHAN, K.S.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; GULMEZOGLU, A.M. Van PF Look. OMS análise das causas de morte materna: uma revisão sistemática. **Lancet**, v. 2006, n. 367 p 1066-1074, 2006.

21. LABARERE, J.; GELBERT-BAUDINO, N.; AYRAL, A.S.; DUC, C.; BERCHOTTEAU, M.; BOUCHON, N. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. **Pediatrics**, v.115, n. 2 p.139-146, 2005.
22. LEROY, L.S.; LOPES, M.H.B.M. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 20, n. 2 p. 346-353, 2012
23. LOPES, C.V.; MEINCKE, S.M.K.; QUADROS, L.C.M.; VARGAS, N.R.C.; SCHNEIDER, C.C.; HECK, R.M. Avaliação da consulta de revisão puerperal no programa de pré-natal. **Rev Enferm Saúde**, v. 1, n. 1 p 77-83, 2011.
24. MARTINS, A.B.; RIBEIRO, J.; SOLER, A.S.G. Proposta de exercícios físicos no pós-parto: um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. **Invest Educ Enferm**, v.29, n.1 p 40–45, 2011.
25. NICE, National Institute for Health and Care Excellence, <http://publications.nice.org.uk/postnatal-care-cg37/guidance>. Acessado em 07-02-13.
26. PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v.8, n.1 p. 113-124, 2008.
27. PICCINI, Roberto Xavier et al. Efetividade da Atenção pré-natal e de puericultura nos Unidades Básicas de Saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infantil**. [online]. 2007, vol.7, n.1, pp 75-82.
28. PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. Secretária Municipal de Saúde. Protocolo Municipal de atenção ao pré-natal e puerpério: Nascer Colombo. Programa Nascer Colombo. Colombo-PR, 2012.
29. PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, <http://www.pelotas.rs.gov.br/cidade/dados-gerais.php>. Acessado em 09-03-13.
30. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre-RS, 2012.
31. REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Journal Pediatr. (Rio J)**, v. 80, n.5 p. 142-146, 2004.

32. RODRIGUES, L.P.; JORGE, S.R.P.F. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Rev Bras Hematol Hemoter**, v.32, n.2 p 53-56, 2010.
33. SCHUMACHER, M.; ZUBARAN, C.; WHITE, G. Bringing birth-related paternal depression to the fore, Women and birth, **Journal of the Australian College of Midwives**, v. 21, n. 2 p. 65-70. 2008.
34. SEGRE, L.S.; O'HARA, M.W.; BROCK, R.L.; TAYOR, D. Depression screening of perinatal women by the Des Moines Healthy Start Project: program description and evaluation. **Psychiatric Services (Washington, DC)**, v. 63, n. 3 p. 250-255, 2012.
35. SHIMODA, G.T.; SILVA, I.A.; SANTOS, J.L.F. Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrízes. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.5 p 529-534, 2005.
36. SILVA, L.C.F.P.; QUEIROZ, M.R.; REIS, J.G.; SANTINON, E.P.; DINIZ, C.S.G.; ARAÚJO, N.M.; TRINTINÁLIA, M.M.J. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 16, n. 93, out 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10495. Acesso em out 2012.
37. SOUZA, K.V.; CUBAS, M.R.; ARRUDA, D. F.; CARVALHO, P.R.Q.; CARVALHO, C.M.G. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 29, n.2 p 175-181, 2008.
38. SUCCI, R.C.D.M.; FIGUIREDO, E.N.; ZANATTA, L.D.C.; PEIXE, M.B.; ROSI, M.B.; VIANNA, L.A.C. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. **Rev Lat-Am Enfermagem**, v. 16, n. 6 p. 986-992, 2008.
39. TSAI, P.J.; NAKASHIMA, L.; YAMAMOTO, J.; NGO, L.; KANESHIRO, B. Postpartum follow-up rates before and after the postpartum follow-up initiative at Queen Emma Clinic. **Hawaii Medical Journal**, v. 70, n.3 p. 56-59, 2011.
40. VICTORA, C. G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v.6, n.2 p 32-46, 2011.

41. VILARINHO, L.M.; NOGUERIA, L.T.; NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Esc Anna Nery**, v.16, n.2 p 312-319, 2012.

APÊNDICES

Apêndice 1

Termo de Autorização de Pesquisa

De: Enfermeira/Mestranda Renata de Lima Lemos
Para: Superintendência de Saúde Pública/Ana Costa
À Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.

Prezada Senhora,

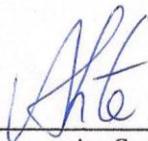
Na condição de mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas, do Departamento de Medicina Social, venho por meio deste, solicitar a autorização de V. S.^a para desenvolver a coleta de dados para a pesquisa "A qualidade do cuidado puerperal na atenção básica à saúde no município de Pelotas-RS".

Para operacionalizar a pesquisa solicito a V.S.^a a disponibilidade dos dados existentes na gestão local referente à saúde da mulher e da criança, à estrutura das unidades de saúde e ainda coleta de dados nas unidades de saúde a partir de prontuários, fichas de pré-natal e outros registros relacionados ao tema em estudo.

Pretende-se utilizar as informações das parturientes, coletadas pelos visitantes do programa municipal Pré-Nenê e assim selecionar as unidades de saúde para o estudo. Previamente ao início da coleta de dados, será enviada uma carta para as unidades de saúde informando as chefias das mesmas sobre a pesquisa.

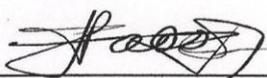
Torna-se importante ressaltar que a participação da instituição viabilizará o pleno desenvolvimento do estudo sendo que os resultados obtidos poderão subsidiar novas ações para a promoção da assistência de qualidade para a mulher e sua família no período pós-parto.

Pelotas, maio de 2013.

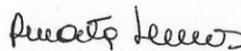


Ana Costa

Superintendência de Saúde Pública/ SMS Pelotas-RS



Prof^o Dr^o: Luiz Augusto Facchini
Orientador



Enf^a Renata de Lima Lemos
Mestranda

Apêndice 2
QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

|  Universidade Federal de Pelotas Departamento de Medicina Social Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia Mestrado Profissional Saúde Pública Baseada em Evidências | |  |
|---|---|---|
| COLETA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | |
| INFORMAÇÕES – PRÁ-NENÊ | | |
| Número sequencial de identificação da puérpera: ___ ___ ___ | npuer: ___ ___ ___ | |
| UBS onde foi realizado Pré-Natal: _____ | ubspn: _____ | |
| Código da UBS onde foi realizado Pré-Natal (ver lista de UBS): ___ ___ | idubspn: ___ ___ | |
| Nome da mãe (puérpera): _____ | nomepuer: _____ | |
| Idade da puérpera: ___ ___ anos completos (9) Sem informação | idpuer: ___ ___ | |
| Data do parto: ___/___/____ (9) Sem informação | dp: ___/___/____ | |
| Tipo de parto: (1) Vaginal (2) Cesárea (3) Outro. Qual? _____ (9) Sem informação | tipoparto: ___ tipoooutro: _____ | |
| Parto domiciliar: (0) Não (1) Sim (9) Sem informação | Partodom: ___ | |
| Criança indesejada: (0) Não (1) Sim (9) Sem informação | gravinde: ___ | |
| A criança permaneceu internada: (0) Não (1) Sim (9) Sem informação | criinter: ___ | |
| Fez pré-natal? (0) Não (1) Sim (9) Sem informação | pn: ___ | |
| Número de consultas de pré-natal: ___ ___ (9) Sem informação | ncon: ___ ___ | |
| Exame de VDRL: (0) Negativo (1) Positivo (9) Sem informação | vdrlpn: ___ | |
| Mãe HIV+: (0) Não | maehiv: ___ | |

| | |
|---|------------------------------------|
| (1) Sim (9) Sem informação | |
| Gestante com três ou mais filhos: (0) Não (1) Sim (9) Sem informação | gest3filh: __ |
| Com filhos menor de 2 anos: (0) Não (1) Sim (9) Sem informação | filh2: __ |
| Escolaridade menor de 4 anos: (0) Não (1) Sim (9) Sem informação | escmae: __ |
| COLETA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE | |
| Data da coleta: __/__/__ | datacoleta: __/__/__ |
| Nome _____ do _____ Coletor: | coletor: _____ |
| Modelo de atenção: (1) Tradicional (2) Com Estratégia de Saúde da Família (ESF) (3) Outro. Qual? _____ | modelo: ____ modoutro: _____ |
| Organização da UBS. Existe local definido para guardar a ficha de pré-natal e o prontuário familiar, sendo rapidamente localizados: (0) Não (1) Sim | orgubs: __ |
| INFORMAÇÕES DA FICHA DE PRÉ-NATAL | |
| Ocupação da gestante: (1) Do lar (2) Trabalho formal (3) Trabalho informal (4) Desempregada (5) Outro. Qual? _____ (9) Sem informação | ocupgest: __ ocupqual: _____ |
| Estado civil: (1) Com companheiro (2) Sem companheiro (9) Sem informação | estcivil: __ |
| Cor da pele: (1) Branca (2) Não branca (9) Sem informação | corpele: __ |
| Classificação de risco para o último trimestre: (1) Baixo (2) Médio (3) Alto (9) Sem informação | clarisco: __ |

| | |
|--|---|
| Complicações: _____ _____ _____ (9) Sem informação | compl: _____ _____ |
| Planejamento/anticoncepção: _____ _____ _____ (9) Sem informação | anticon: _____ _____ |
| INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO FAMILIAR | |
| VISITA DOMICILIAR | |
| 1. Realização de visita domiciliar na primeira semana de puerpério, com orientação para o cuidado materno e neonatal. (0) Não registrada (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p1: ____ data1: __/__/____ |
| PRIMEIRA CONSULTA PUERPERAL | |
| 2. Realização de primeira consulta até o 10º dia puerperal. (0) Não registrada. (1) Registrada. Qual a data? __/__/__ | p2: ____ data2: __/__/____ |
| SEGUNDA CONSULTA PUERPERAL | |
| 3. Realização de consulta entre o 30º ao 42º dia puerperal. (0) Não registrada. (1) Registrada. Qual a data? __/__/__ | p3: ____ data3: __/__/____ |
| OBSERVAÇÃO DA MAMADA | |
| 4. Observação da mamada para a promoção do aleitamento materno exclusivo durante consulta de puerpério. (0) Não registrada. (1) Registrada, pelo menos uma observação. | p4: ____ |
| SINAIS VITAIS | |
| 5.1. Verificação da pressão arterial. (0) Não registrada. (1) Registrada, pelo menos uma verificação. Valores tensionais: 1ª consulta: ____ x ____ mmHg 2ª consulta: ____ x ____ mmHg | p51: ____ ta1sist: ____ ta1dias: ____ ta2sist: ____ ta2dias: ____ |
| 5.2. Verificação da temperatura corporal. (0) Não registrada. (1) Registrada, pelo menos uma verificação. Valores da temperatura: 1ª consulta: ____, __ °C 2ª consulta: ____, __ °C | p52: ____ tc1: ____, __ tc2: ____, __ |
| MÉTODO CONTRACEPTIVO | |
| 6. Prescrição de método contraceptivo para o puerpério. (0) Não registrada. (1) Registrada. | p6: ____ |
| 6.1. Qual o método prescrito? (1) LAM método da amenorreialactacional (2) Minipílula | p61: ____ p61qual: _____ |

| | |
|--|---------------------------------|
| (3) Injetável trimestral (4) Preservativo (5) DIU (6) Pílula combinada (7) Injetável mensal (8) Tabela - Método de Ogino-Knauss (9) Coito interrompido (10) Diafragma (11) Laqueadura tubária (12) Outro: Qual? _____ | _____ |
| EXAME DAS MAMAS | |
| 7. Exame das mamas e registro dos principais achados. (0) Não registrado. (1) Registrado, pelo menos um exame e os achados. | p7: ____ |
| INFECÇÃO PUERPERAL | |
| 8.1. Questionamento da ocorrência de febre ou calafrios. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p81: ____ data81: __/__/__ |
| 8.2. Exame do abdome para avaliação de dor ou alterações. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p82: ____ data82: __/__/__ |
| 8.3. Questionamento sobre a ocorrência de secreção vaginal fétida. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p83: ____ data83: __/__/__ |
| HEMORRAGIA PÓS-PARTO | |
| 9.1. Questionamento sobre a ocorrência de sangramento vaginal repentino ou persistente. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p91: ____ data91: __/__/__ |
| 9.2. Questionamento sobre a ocorrência de fraqueza ou tonturas? (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p92: ____ data92: __/__/__ |
| PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA | |
| 10.1. Questionamento da ocorrência de cefaléia ou alterações visuais. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p101: ____ data101: __/__/__ |
| 10.2. Questionamento da ocorrência de náuseas ou vômitos. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p102: ____ data102: __/__/__ |
| 10.3. Questionamento da ocorrência de elevação da tensão arterial durante a gestação, parto ou puerpério. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p103: ____ data103: __/__/__ |
| 10.4. Avaliação de edema em membros inferiores, superiores ou face. (0) Não registrado | p104: ____ data104: __/__/__ |

| | |
|--|-------------------------------------|
| (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | |
| TROMBOEMBOLISMO | |
| 11.1. Questionamento da ocorrência de dor unilateral na panturrilha. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p111: ____ data111: __/__/__ |
| 11.2. Questionamento da ocorrência de vermelhidão e inchaço na perna. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p112: ____ data112: __/__/__ |
| ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS | |
| 12.1. Investigação da ocorrência de tristeza, desânimo, choro ou ansiedade na consulta até o 10º dia de puerpério. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p121: ____ data121: __/__/__ |
| 12.2. Rastreamento para depressão pós-parto com aplicação de escala de Edimburgo, na consulta entre o 30º e 42º dia de puerpério. (0) Não registrado (1) Registrado. Qual a data? __/__/__ | p122: ____ data122: __/__/__ |
| PRESEÇA DE FAMILIAR NAS CONSULTAS PUERPERAIS | |
| 13. Presença de familiar nas consultas puerperais. (0) Não registrado (1) Registrado, ao menos em uma consulta. | p13: ____ |
| SITUAÇÃO VACINAL – TÉTANO, HEPATITE B E RUBÉOLA | |
| 14.1. Avaliação e conduta para a situação vacinal para tétano (dT)? (0) Não registrada (1) Registrada | p141: ____ |
| 14.2. Avaliação e conduta para a situação vacinal para hepatite B (HB)? (0) Não registrada (1) Registrada | p142: ____ |
| 14.3. Avaliação e conduta para a situação vacinal para rubéola (vacina tríplice viral). (0) Não registrada (1) Registrada | p143: ____ |
| EXAMES – VDRL E HIV | |
| 15.1. Investigação da realização de exames VDRL durante o pré-natal. (0) Não registrada (1) Registrada | p151: ____ |
| 15.2. Investigação da realização de exames HIV durante o pré-natal. (0) Não registrada (1) Registrada | p152: ____ |
| PESO DA PUÉRPERA | |
| 16. Verificação de peso da mulher nas consultas puerperais. (0) Não registrada (1) Registrada | p16: ____ |

| | |
|---|--|
| Peso corporal: 1ª consulta: ___ ___ Kg 2ª consulta: ___ ___ Kg | peso1: ___ ___ ___ peso2: ___ ___ ___ |
| ORIENTAÇÃO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS | |
| 17. Orientação de alimentação saudável: por exemplo, recomendação de aumento de ingestão hídrica, proteínas, carboidratos, frutas e verduras. (0) Não registrada (1) Registrada | p17: ___ |
| 18. Orientação para realização da atividade física regular. (0) Não registrada (1) Registrada | p18: ___ |
| PRESCRIÇÃO DE SULFATO FERROSO | |
| 19. Prescrição de sulfato ferroso na consulta até o 10º dia de puerpério, para utilização até o terceiro mês após o parto. (0) Não registrada (1) Registrada | p19: ___ |

Apêndice3

Responsável pela pesquisa: Enf^a Renata de Lima Lemos

Mestranda da Epidemiologia da UFPel.

Contatos

E-mail: relimalemos@yahoo.com.br

Telefones:

- **Profissional: 32283488 (UBS CSU Areal)**
- **Residencial: 33032172 (NET)**
- **Celulares: 99879113 (TIM) e 84144233 (OI)**

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA O USO DO QUESTIONÁRIO

Leia atentamente o manual, bem como as questões do questionário para realizar uma coleta com dados verdadeiros e confiáveis.

Bom trabalho!

PRIMEIRA ETAPA

Coleta de dados – Prá-Nenê

Local: Secretaria Municipal de Saúde/Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher

Ao chegar à SMS:

1º Identifique-se para a equipe do núcleo, referindo-se ao profissional responsável pelo programa no município ou da equipe, previamente informados da visita do entrevistador.

2º Solicite os formulários dos meses selecionados para compor a amostra do estudo.

3º Solicite um lugar para proceder à coleta.

4º Combine o horário de trabalho, deixando os documentos organizados.

5º Ao sair despeça-se cordialmente e informe o retorno para a continuidade da coleta e para o controle de qualidade.

Para esta coleta, copiar as respostas dos formulários dos RN de puérperas selecionadas para a amostra, marcando para cada item a resposta identificada nos formulários. Caso não haja registro da informação, marque no local corresponde no questionário: (9) Sem informação.

Ao final codifique todas as respostas dos formulários preenchidos no dia.

SEGUNDA ETAPA

Coleta de dados- Ficha Pré-Natal e Prontuário Familiar

Local: UBS

Ao chegar à UBS:

1º Identifique-se para ao recepcionista da unidade, e solicite o chefe da unidade ou membro da equipe de saúde para, também se identificar e informar do estudo e a coleta dos dados.

2º Combine a maneira de acesso à ficha de pré-natal e ao prontuário familiar das puérperas da amostra, separando-os de uma só vez.

3º Solicite um lugar para proceder à coleta.

4º Estabeleça o horário de término, deixando os documentos organizados, combinando previamente qual será.

5º Ao sair da unidade despeça-se cordialmente e informe o retorno para a continuidade da coleta e para o controle de qualidade.

A seguir as instruções para a coleta de dados do prontuário-familiar. Preencher os dados iniciais solicitado na terceira parte do questionário. O código da unidade de saúde é a numeração da lista abaixo.

LISTA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE PELOTAS-RS

| Código | Unidade de saúde | Endereço | Modelo | Contato da unidade |
|--------|------------------|-----------------------------------|-------------|--------------------|
| 1. | Arco-Íris | Av. Pery Ribas, 523. | ESF | 3277 6203 |
| 2. | Areal I | Rua Apolinário Porto Alegre, 290. | Tradicional | 3278 3531 |
| 3. | Areal-Fundos | Av. Domingos de Almeida, 4265. | Tradicional | 3228 1227 |
| 4. | Balsa | Rua João Tomaz Munhoz, 270. | Tradicional | 3272 2077 |
| 5. | Barro Duro | Praça Aratiba, 12. | ESF | 3226 9979 |
| 6. | Bom Jesus | Av. Itália, 350. | ESF | 3228 9364 |
| 7. | Cohab Lindóia | Av. Ernani Osmar Blaas, 344. | Tradicional | 3283 1414 |
| 8. | Cohab Pestano | Av. Leopoldo Brod, 2297. | Tradicional | 3283 1841 |
| 9. | Cohab Tablada I | Av. Salgado Filho, 67. | Tradicional | 3283 6202 |
| 10. | Cohab Tablada II | Rua Augusto de Carvalho, | Tradicional | 3283 6137 |

| | | | | |
|-----|-----------------|-----------------------------------|-------------|-----------|
| | | 798. | | |
| 11. | CSU-Cruzeiro | Rua Barão de Itamaracá, 690. | Tradicional | 3279 2609 |
| 12. | CSU-Areal | Rua Guararapes, 50. | Tradicional | 3228 3488 |
| 13. | Dom Pedro I | Rua Ulisses Batinga, 749. | ESF | 3271 3383 |
| 14. | Dunas | Av.1, sem número. | ESF | 3228 4666 |
| 15. | Fátima | Rua BaldomeroTrápaga, 480. | Tradicional | 3222 4028 |
| 16. | Fraget | Rua 3, 81-Vila Real. | Tradicional | 3221 3500 |
| 17. | Getúlio Vargas | Rua 7, 184. | ESF | 3283 3768 |
| 18. | Jardim de Allah | Av. Fernando Osório, 7430. | Tradicional | 3283 3769 |
| 19. | Laranjal | Rua São Borja, 683. | Tradicional | 3226 4488 |
| 20. | Leocádia | Rua Davi Canabarro, 890. | Tradicional | 3282 2476 |
| 21. | Navegantes | Rua Darcy Vargas, 212. | ESF | 3279 4627 |
| 22. | Obelisco | Rua Francisco Ribeiro Silva, 505. | ESF | 3282 2477 |
| 23. | PAM Fragata | Av. Pinheiro Machado, 168. | Tradicional | 3221 0362 |
| 24. | Pestano (CAIC) | Av. Leopoldo Brod, 3220. | Tradicional | 3273 6603 |
| 25. | Puericultura | Rua João Pessoa, 240. | Tradicional | 3222 3669 |
| 26. | Py Crespo | Rua Marquês de Olinda, 1291. | Tradicional | 3283 7509 |
| 27. | Sanga Funda | Rua Ildefonso Simões Lopes, 5225. | ESF | 3274 3266 |
| 28. | Sansca | Rua Dr. Amarante, 919. | ESF | 3222 7980 |
| 29. | Santa Terezinha | Rua Santa Cecília, 308. | ESF | 3223 0823 |
| 30. | Simões Lopes | Av. Viscondessa da Graça, 107. | ESF | 3225 8008 |
| 31. | Sítio Floresta | Rua Ignácio T. Machado, 299. | ESF | 3278 9188 |
| 32. | Vila Municipal | Rua Luciano Gallet, 600. | ESF | 3283 7626 |
| 33. | Vila Princesa | Rua 4, 3205. | ESF | 3278 1564 |
| 34. | Virgílio Costa | Rua Epitácio Pessoa, 1291. | Tradicional | 3271 0715 |

Confirmar com um membro da equipe de saúde o modelo de atenção da UBS.

Ao solicitar os documentos para coleta observar se foram facilmente localizados, após a orientação da equipe.

Procure as informações na ficha de pré-natal, marcando código nove, para quando não houver registro da informação.

Logo após, busque as informações do prontuário familiar para responder das 19 questões finais do instrumento.

QUESTÃO 1

Na 1ª questão confira se há registro no prontuário para a realização de visita domiciliar com orientação para o cuidado materno e neonatal. Tem que ser os dois: a visita e a orientação. Se houver, marque em registrada e informe a data. Caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 2

Na 2ª questão confira se há registro no prontuário para a realização da primeira consulta até o décimo dia puerperal. Se houver, marque em registrada e informe a data. Caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 3

Na 3ª questão confira se há registro no prontuário para a realização de consulta entre o 30º ao 42º dia puerperal. Se houver, marque em registrada e informe a data. Caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 4

Na 4ª questão confira se há registro no prontuário de observação da mamada para a promoção do aleitamento materno exclusivo durante consulta de puerpério. Se houver ao menos uma observação marque em registrada e informe a data. Caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 5

A 5ª questão tem dois subitens, confira se há registro no prontuário da verificação de sinais vitais, ao menos pressão arterial e temperatura corporal.

- No subitem um, se houver ao menos uma verificação de pressão arterial marque em registrada e informe a data. Caso contrário, marque a outra opção.
- No subitem dois, se houver ao menos uma verificação de temperatura corporal marque em registrada e informe a data. Caso contrário, marque a outra opção.

QUESTÃO 6

Na 6ª questão confira se há registro no prontuário de prescrição de método contraceptivo para o puerpério. Se houver, marque em registrada e informe qual o

método. Caso contrário marque a outra opção. Obs.: o preservativo pode ser marcado concomitante com outro método.

QUESTÃO 7

Na 7ª questão confira se há registro no prontuário do exame das mamas e registro dos principais achados. Tem que ser os dois: o exame e os achados. Se houver marque em registrado. Caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 8

A 8ª questão tem três subitens, confira se há registro no prontuário de investigação para infecção puerperal.

- No subitem um, se houver questionamento da ocorrência de febre ou calafrios marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem dois, se foi examinado o abdome para avaliação de dor ou alterações marque em registrada e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem três, se houver questionamento sobre a ocorrência de secreção vaginal fétida marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 9

A 9ª questão tem dois subitens, confira se há registro no prontuário de investigação para hemorragia pós-parto.

- No subitem um, se houver questionamento sobre a ocorrência de sangramento vaginal repentino ou persistente marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem um, se houver questionamento sobre a ocorrência de fraqueza ou tonturas, marque em registrado e informe a data caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 10

A 10ª questão tem quatro subitens, confira se há registro no prontuário de investigação para pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

- No subitem um, se houver questionamento da ocorrência de cefaleia ou alterações visuais marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem dois, se houver questionamento sobre a ocorrência de náuseas ou vômitos marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem três, se houver questionamento da ocorrência de elevação da tensão arterial durante a gestação, parto ou puerpério marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem quatro, se houver avaliação para edema em membros inferiores, superiores ou face, marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 11

A 11ª questão tem dois subitens, confira se há registro no prontuário de investigação sobre tromboembolismo.

- No subitem um, se houver questionamento de dor na panturrilha unilateral marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem dois, se houver questionamento da ocorrência de vermelhidão e inchaço na perna marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 12

A 12ª questão tem dois subitens, confira se há registro no prontuário de avaliação para alterações psicológicas.

- No subitem um, se houver investigação da ocorrência de tristeza, desânimo, choro ou ansiedade na consulta até o 10º dia de puerpério marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem dois, se houver rastreio para depressão pós-parto com aplicação de escala de Edimburgo, na consulta entre o 30º e 42º dia de puerpério marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 13

Na 13ª questão confira se há registro no prontuário da presença de familiar nas consultas puerperais. Se houver ao menos uma observação marque em registrada e informe a data. Caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 14

A 14ª questão tem três subitens, confira se há registro no prontuário de avaliação e conduta para a situação vacinal antitetânica (dT), contra hepatite B (HB) e contra a rubéola (SRC).

- No subitem um, se houver avaliação e conduta para a situação vacinal para dT puerpério marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem dois, se houver avaliação e conduta para a situação vacinal para HB puerpério marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem três, se houver avaliação e conduta para a situação vacinal para SRC puerpério marque em registrado e informe a data, caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 15

A 15ª questão tem dois subitens, confira se há registro no prontuário de revisão laboratorial segundo avaliação clínica, em especial para VDRL E HIV em caso de não ter sido rastreado no pré-natal.

- No subitem um, se houver investigação da realização de exames VDRL durante o pré-natal marque em registrada, caso contrário marque a outra opção.
- No subitem dois, se houver investigação da realização de exames HIV durante o pré-natal marque em registrada, caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 16

Na 16ª questão confira se há registro no prontuário de verificação do peso da mulher nas consultas puerperais. Se houver marque em registrada, caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 17

Na 17ª questão confira se há registro no prontuário de orientação de alimentação saudável, com aumento da ingesta hídrica, de proteínas, carboidratos, frutas e verduras. Se houver marque em registrada, caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 18

Na 18ª questão confira se há registro no prontuário de orientação para realização da atividade física regular. Se houver marque em registrada, caso contrário marque a outra opção.

QUESTÃO 19

Na 19ª questão confira se há registro no prontuário de prescrição de sulfato ferroso na consulta até o 10º dia puerpério, para utilização até o terceiro mês após o parto. Se houver marque em registrada, caso contrário marque a outra opção.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Antes do início do trabalho de campo, a Secretaria Municipal de Saúde foi contatada para autorização e planejamento das atividades a serem desenvolvidas. Os núcleos da Saúde da Mulher, da Criança e do Adulto, forneceram os seguintes dados iniciais das UBS e das puérperas: listagem das unidades de saúde, com endereço e telefone, as unidades que realizariam o pré-natal e acesso aos formulários do programa Prá-Nenê. Destes documentos foram selecionadas as puérperas que atendiam aos critérios de inclusão do estudo e coletados os primeiros dados da pesquisa.

O período da seleção das puérperas incluiu os partos do mês de maio de 2013, e sequencialmente os meses anteriores até atingir o número estimado para a amostra representativa. A amostra mensal foi superestimada, sendo necessário coletar informações referentes ao período de um ano para a obtenção do número de registros de puérperas estimado no cálculo de tamanho de amostra. Concomitante, nesta etapa foram selecionadas e treinadas 12 voluntárias para colaborar na coleta de dados nas unidades de saúde. Na seleção foram consideradas a disponibilidade de tempo, o entendimento da responsabilidade e a experiência dos candidatos. No treinamento foi apresentada a proposta da pesquisa, e as condutas recomendadas para um entrevistador e o instrumento da pesquisa, sendo debatidas e sanadas as dúvidas referentes à coleta.

O instrumento de pesquisa foi testado em piloto realizado em uma unidade de saúde da zona rural, UBS da Colônia Cascata. Foram identificadas necessidades de pequenos ajustes, que contemplassem as possibilidades de respostas e codificações para as questões do instrumento. Para a divulgação e recepção dos entrevistadores da pesquisa nas unidades de saúde, foi enviada uma carta de apresentação da pesquisa à equipe de saúde das UBS da amostra, com relação das unidades selecionadas para a pesquisa, o nome e o número de documento dos entrevistadores.

O trabalho de campo foi executado nos meses de julho, agosto e setembro de 2013. As voluntárias foram distribuídas para as unidades, considerando a localização da unidade de saúde ou o prévio conhecimento da equipe, além da disponibilidade de tempo para a coleta dos dados. Houve perda total de informação em uma UBS que estava em reforma da área física e realocada em outra UBS, mas não estava com os documentos das fontes de informação disponível. Durante a coleta das informações, houve problemas que dificultaram o trabalho de campo e o acesso aos documentos, devido a: reforma da estrutura física, ausência de profissional que realizasse o pré-natal

ou que não utilizavam a ficha de pré-natal. Além disso, foram identificadas outras unidades de saúde que não evoluíam no prontuário, que utilizam a ficha, mas guardam dentro do prontuário.

Além dos problemas acima citados nas unidades de saúde, o número de entrevistadoras foi reduzido por desistência durante o trabalho de campo. Ao final do primeiro mês permaneceram nove entrevistadoras, sete no segundo mês e quatro no final da coleta de dados.

Durante todas as etapas foi mantido contato com as voluntárias e o cumprimento das metas previstas no cronograma. A mestranda entrevistou quando foram identificados os problemas no acesso aos serviços de saúde, para encontrar os documentos, para a aplicação do instrumento de pesquisa ou lentidão na realização das visitas nas unidades. Quando necessário, foi realizado contato com as equipes para favorecer o acesso aos documentos, realizado ao menos uma visita junto à entrevistadora para auxiliar na procura dos documentos ou ainda realizando mutirões para agilizar o trabalho de campo.

Após a coleta de dados, foi realizado o controle de qualidade. Foram sorteados, aleatoriamente, 10% dos questionários de cada entrevistadora na UBS, onde a mesma coletou o maior número de dados.

O número de perdas por UBS está descrito detalhadamente na Tabela 1. O acesso às fichas de pré-natal foi satisfatório em 12 UBS, sendo sete destas da ESF. Em oito UBS houve acesso à totalidade das fichas das puérperas amostradas, sendo cinco destas do modelo tradicional. O acesso foi intermediário em sete UBS, das quais cinco do modelo tradicional e ruim em duas UBS, ambas do modelo tradicional. A inexistência de acesso a fichas de pré-natal para a totalidade das puérperas ocorreu em cinco UBS, sendo três do modelo tradicional.

Em relação ao prontuário familiar, o acesso foi satisfatório em 11 UBS, sendo sete do modelo tradicional. O acesso à totalidade dos prontuários das puérperas amostradas ocorreu em 10 UBS, sem diferença entre os modelos de atenção. Em nove UBS o acesso foi considerado intermediário, cinco delas do modelo tradicional. O acesso ao prontuário familiar foi ruim em quatro UBS, sem diferença entre os modelos de atenção.

A falta de acesso total aos dois documentos utilizados para a pesquisa, ocorreu em 3 unidades de saúde, sendo 2 do modelo tradicional.

Portanto, as perdas expressivas e a escassez de registro do cuidado puerperal prejudicaram e enfraquecem a avaliação da qualidade para cada um dos indicadores, que não sua grande maioria não atingiu 20% dos registros das puérperas do estudo.

Tabela 1. Descrição do número de puérperas e falta de acesso aos documentos segundo UBS avaliada. Pelotas, 2013.

| Unidade de saúde | Modelo de atenção | Número de puérperas | Sem ficha de Pré-Natal e sem prontuário familiar | Sem ficha de Pré-natal e com prontuário familiar | Com ficha de Pré-natal e sem prontuário familiar |
|------------------|-------------------|---------------------|--|--|--|
| Arco-Íris | ESF | 11 | 0 | 4 | 0 |
| Areal I | Tradicional | 9 | 2 | 6 | 0 |
| Areal-Fundos | Tradicional | 22 | 0 | 2 | 2 |
| Balsa | Tradicional | 20 | 0 | 0 | 7 |
| Barro Duro | ESF | 15 | 0 | 0 | 0 |
| Bom Jesus | ESF | 54 | 7 | 4 | 3 |
| Cohab Lindóia | Tradicional | 27 | 8 | 8 | 1 |
| Cohab Pestano | Tradicional | 38 | 5 | 8 | 1 |
| Cohab Tablada I | Tradicional | 25 | 19 | 6 | 0 |
| Cohab Tablada II | Tradicional | 4 | 4 | 0 | 0 |
| CSU-Cruzeiro | Tradicional | 7 | 0 | 0 | 0 |
| CSU-Areal | Tradicional | 14 | 0 | 1 | 4 |
| Dom Pedro I | ESF | 6 | 3 | 3 | 0 |
| Dunas | ESF | 45 | 7 | 3 | 11 |
| Fátima | Tradicional | 21 | 0 | 2 | 0 |
| Fraget | Tradicional | 61 | 17 | 11 | 14 |
| Getúlio Vargas | ESF | 54 | 8 | 5 | 9 |
| Jardim de Allah | Tradicional | 15 | 0 | 0 | 0 |
| Laranjal | Tradicional | 7 | 3 | 2 | 0 |
| Leocádia | Tradicional | 7 | 0 | 0 | 0 |
| Navegantes | ESF | 48 | 14 | 5 | 7 |
| Obelisco | ESF | 41 | 4 | 2 | 6 |
| PAM Fragata | Tradicional | 43 | 6 | 3 | 4 |
| Pestano (CAIC) | Tradicional | 14 | 0 | 0 | 0 |
| Puericultura | Tradicional | 14 | 1 | 0 | 0 |
| Py Crespo | Tradicional | 14 | 6 | 0 | 0 |
| Sanga Funda | ESF | 11 | 0 | 2 | 0 |
| Sansca | ESF | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Santa Terezinha | ESF | 10 | 10 | 0 | 0 |
| Simões Lopes | ESF | 16 | 2 | 2 | 5 |
| Sítio Floresta | ESF | 18 | 0 | 0 | 0 |
| Vila Municipal | ESF | 20 | 1 | 1 | 1 |
| Vila Princesa | ESF | 5 | 5 | 0 | 0 |
| Virgílio Costa | Tradicional | 14 | 6 | 0 | 1 |
| Total | - | 735 | 138 | 80 | 76 |

NOTA PARA IMPRENSA

A qualidade do cuidado puerperal na atenção básica de Pelotas–RS no ano de 2013: uma análise dos registros disponíveis

O período pós-parto é fundamental para a saúde materno-infantil. Buscando avaliar a qualidade da atenção prestada às puérperas, realizou-se, em 2013, uma pesquisa sobre cuidado pós-parto na rede de atenção básica da zona urbana de Pelotas-RS. O estudo foi realizado pela mestranda Renata de Lima Lemos, sob a orientação do Prof. Luiz Augusto Facchini e coorientação de Bruno Pereira Nunes. O trabalho faz parte do mestrado profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências. A qualidade do cuidado puerperal foi avaliada através do registro de 735 puérperas que realizaram o parto em hospitais do município, entre junho de 2012 e maio de 2013, e o pré-natal em uma das 34 unidades básicas de saúde (UBS), através de 19 indicadores baseados em recomendações nacionais e internacionais.

O acesso aos registros das puérperas foi problemático por motivos relacionados à utilização e à organização dos documentos. Das puérperas que tiveram os documentos acessados, encontrou-se que mais da metade tinham registro para a consulta puerperal e pouco mais de um terço, para a prescrição de método contraceptivo. Porém, menos de um terço do total, realizou duas consultas – uma das recomendações do Ministério da Saúde para atenção adequada neste período.

Além disso, o registro dos outros 17 indicadores de qualidade do cuidado, como investigação de alterações clínicas e psicológicas, foi inferior a 20%. Não houve diferenças importantes entre os modelos de atenção básica à saúde (Tradicional ou Estratégia Saúde da Família).

Os achados do estudo revelam a inadequação dos registros em saúde e a baixa qualidade ofertada na atenção ao puerpério. Portanto, intervenções direcionadas ao processo de trabalho, com avaliação e monitoramento do serviço, podem contribuir para a melhoria da qualidade no cuidado pós-parto.

ARTIGO ORIGINAL

Este artigo foi preparado para ser submetido à Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde, do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Título em português

Puerpério na atenção básica à saúde: avaliação da qualidade a partir de registros em prontuário clínico

Título em inglês

Postpartum period in primary health care: quality assessment through clinical records

Título resumido

A qualidade do cuidado puerperal

Autores

Renata de Lima Lemos¹

relimalemos@yahoo.com.br

Bruno Pereira Nunes¹

bpereiranunes@yahoo.com.br

Luiz Augusto Facchini¹

luizfacchini@gmail.com

¹Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

Autor correspondente

Renata de Lima Lemos

relimalemos@yahoo.com.br

Av. Duque de Caxias, 250 (3º andar)

Pelotas – RS, Brasil - CEP: 96030-000

Telefone comercial: (53)33092400

Resumo: 141 palavras

Abstract: 128 palavras

Texto e referências: 4275 palavras

Tabelas: 3

Artigo baseado em dissertação de Mestrado em Epidemiologia. **Título da dissertação:** “A qualidade do cuidado puerperal na atenção básica de Pelotas/RS”. Instituição / ano: Universidade Federal de Pelotas/2014.

Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade do cuidado puerperal na atenção básica de Pelotas/RS.

Métodos: Estudo transversal com dados secundários de 735 puérperas que realizaram pré-natal na atenção básica do município, utilizando 19 indicadores de qualidade baseados em recomendações para o período pós-parto. **Resultados:** Foram avaliadas 521 puérperas (70,9%), através dos prontuários familiar. Mais da metade das puérperas tinham registro para consulta puerperal e pouco mais de um terço, para método contraceptivo. Nenhum outro indicador apresentou registro superior a 20,0%. Não foram observadas diferenças importantes entre os modelos de atenção básica à saúde.

Conclusões: A qualidade do cuidado puerperal foi baixa, longe das recomendações nacionais. Os registros em saúde são inadequados para uma completa avaliação do cuidado prestado, apontando para a necessidade de intervenções no processo de trabalho e na capacitação dos profissionais de saúde para uma atenção de qualidade no período pós-parto.

Palavras-chave: Período Pós-Parto; Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação em Saúde

Abstract

Objective: To evaluate the quality of postpartum care in primary health care in Pelotas/RS. **Methods:** Cross-sectional study using secondary data of 735 postpartum women who received prenatal care at health care unit. Nineteen indicators, based in recommendations for the postpartum period, were used for assessed the quality of care. **Results:** 521 health records were assessed. More than a half of the postpartum women had puerperal record for consultation and just over a third, to contraception. No other indicator was higher than 20.0%. No differences between the models of primary health

care were observed. Conclusions: The quality of postpartum care was low and the health records are inadequate. Work process interventions and permanent education of health professionals are needed to improve the quality care in the postpartum period.

Keywords: Postpartum Period; Primary Health Care; Quality of Health Care; Health Evaluation

Introdução

Nos últimos anos, a saúde materno-infantil tem recebido mais atenção dos gestores, acadêmicos e profissionais de saúde, sendo elaboradas novas diretrizes e programas de saúde que orientam as ações a serem desenvolvidas. Como consequência, o acesso da mulher ao pré-natal aumentou nos últimos anos, entretanto não foi observada esta melhoria no cumprimento e qualidade das ações para a promoção da saúde materno-infantil, principalmente relacionado ao cuidado puerperal.¹

O puerpério é um período importante na saúde materna que se inicia logo após o nascimento da criança e, conseqüente saída da placenta. Seu término é imprevisível, pois está relacionado ao término da amamentação. Esse período impõe diversas transformações à saúde materna, em termos biológicos, clínicos ou ginecológicos e, especialmente, em termos psicológicos e culturais. Portanto, conforme recomendações atualizadas, uma assistência de qualidade ao puerpério deve ser realizada de forma oportuna e contemplar todos estes aspectos.²

Além disso, o registro da atenção realizada é elemento essencial para a obtenção da qualidade. Acredita-se que quanto maior for o número de informações registradas, potencialmente melhor será a qualidade. A ausência de registro dificulta o acompanhamento pelo mesmo profissional ou o seguimento por outros profissionais da equipe de saúde. Neste caso, a quantidade advém em qualidade.³⁻⁵

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da atenção ao puerpério na rede de atenção básica do município de Pelotas/RS, no ano de 2013, através do registro de informações no prontuário familiar. Além disso, os resultados foram analisados segundo o modelo de atenção das Unidades Básicas de Saúde (UBS) - Tradicional ou Estratégia Saúde da Família (ESF).

Métodos

Estudo transversal com análise de dados secundários (registros nas fichas de pré-natal e prontuário familiar) de 34 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Pelotas-RS, município brasileiro com 345 mil habitantes, localizado na metade sul do Estado do Rio Grande do Sul. A atenção básica do município possui 50 unidades básicas de saúde, sendo 37 na área urbana e 13 na zona rural. A ESF totaliza 38 equipes, implantadas em 23 unidades de saúde, com uma cobertura populacional de 40,0%.

A população-alvo deste estudo foi constituída por puérperas que receberam atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde da zona urbana e realizaram o parto em hospitais do município de Pelotas, entre os meses de junho de 2012 e maio de 2013. Portanto, das unidades de saúde urbanas, as 34 que realizavam atendimento para o período gravídico puerperal foram incluídas no estudo. Esta informação foi obtida pelo núcleo de atenção à saúde da mulher do município, e se confirmou durante o trabalho de campo.

A seleção da amostra foi realizada a partir dos formulários do programa Pré-Nenê. Criado em 2002 e voltado para a saúde do recém-nascido, o programa objetiva captar precocemente todos os recém-nascidos nos cinco hospitais do município, visitando as puérperas nas maternidades. Nesta oportunidade são aplicados questionários para verificar a necessidade de ações específicas, realizando a classificação de risco e o agendamento das consultas nas UBS. A partir desses formulários foram coletadas as primeiras informações das puérperas sendo possível identificar a unidade básica de saúde onde a gestante referiu realizar o pré-natal. Após a identificação da UBS, buscou-se localizar o número dos prontuários familiar das puérperas através das fichas de pré-natal. Na falta da ficha ou do número do prontuário familiar na ficha de pré-natal, foi obtida esta informação diretamente com a equipe da

unidade e/ou através de outros documentos relacionados com a saúde da mulher (ficha de puericultura, livro de registro de coleta de pré-câncer e/ou agenda de consultas).

Para avaliar o cuidado puerperal foi verificado o registro de 19 indicadores de qualidade da atenção ao puerpério. Os indicadores de qualidade foram baseados em diferentes referências de protocolos nacionais e internacionais para definir o padrão de qualidade da recomendação com melhor evidência para o período puerperal.⁶⁻¹⁰

Os indicadores de qualidade do estudo foram o registro de: realização de visita domiciliar na primeira semana de puerpério; realização da primeira consulta na unidade de saúde, até o 10º dia puerperal; realização de consulta puerperal na unidade de saúde entre o 30º e 42º dia após o parto; promoção do aleitamento materno exclusivo com observação da mamada na consulta; controle de sinais vitais nas consultas; prescrição de método contraceptivo adequado para o período puerperal; exame das mamas nas consultas e registro dos principais achados; anamnese para infecção puerperal; anamnese para hemorragia pós-parto; anamnese para pré-eclâmpsia e eclâmpsia; anamnese para tromboembolismo; observação de sintomas psicológicos; presença de familiar nas consultas puerperais; checagem da situação vacinal contra o tétano, contra a hepatite B e rubéola; revisão laboratorial segundo avaliação clínica, em especial para sífilis (VDRL) e para síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV) em caso de não ter sido rastreado no pré-natal; o controle do peso da puérpera na consulta puerperal; a orientação de alimentação saudável; orientação para atividade física regular e prescrição de sulfato ferroso para o uso até o terceiro mês após o parto.

Para estimativa do cálculo de tamanho da amostra, realizou-se primeiramente uma estimativa do número de puérperas atendidas em unidades básicas de saúde no município de Pelotas, através de uma breve análise dos registros do Programa Pré-Nenê, estimando-se em torno de 250 puérperas e dividindo este número pelo total de UBS

(n=50). Em média, cada unidade acompanharia cinco puérperas ao mês. Logo, selecionou-se 34 UBS da zona urbana do município que atualmente realizam pré-natal e cuidado puerperal, para uma amostra de 170 puérperas ao mês.

Entretanto, durante a amostragem o número de puérperas que atendiam aos critérios de inclusão no período ficou aquém do estimado, sendo necessário ampliar os meses de coleta para atingir a amostra representativa para o estudo, optando-se pela coleta de um ano. O modelo de atenção vigente nas unidades de saúde no ano de 2012, ano de início das puérperas incluídas no estudo, foi o modelo considerado para análise nesta pesquisa. Três unidades durante o estudo tiveram implantação gradual da estratégia de saúde da família.

Para o cálculo de prevalência dos indicadores de qualidade do cuidado puerperal, adotou-se uma prevalência de 50,0% (percentual com maior tamanho de amostra necessário), nível de confiança de 95,0% e cinco pontos percentuais de erro. Assim, seriam necessárias 384 puérperas. Para a associação com o modelo de atenção básica à saúde, adotou-se um nível de significância de 5,0%, poder de 80,0% e relação de exposto/não exposto de 1:1, sendo necessárias 516 puérperas para detectar diferenças com razões de prevalências de 1,8 e prevalência de desfecho em não expostos de 13,0%.

Em cada UBS, para o total de puérperas amostradas, foi avaliada a disponibilidade dos documentos utilizados no estudo (ficha de pré-natal e prontuário familiar), de modo independente. A disponibilidade de registro superior à 66,6% foi considerada satisfatória; entre 33,3% e 66,6% intermediária; e abaixo de 33,3%, ruim. Também foram caracterizadas as situações extremas, quando 100% dos documentos das puérperas estavam disponíveis e quando havia inexistência dos mesmos para a totalidade das puérperas de uma UBS.

Os dados coletados foram duplamente digitados, validados a partir do programa Epi-Data versão 11. A análise de consistência, colocação de rótulos e verificação da amplitude das variáveis, bem como a análise bivariada foi realizada através do programa Stata, versão 12.1. Para as comparações entre proporções, utilizou-se teste exato de Fisher.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (CEP/FAMED/UFPEL) com parecer de número 317700 e autorizada pela Superintendência de Ações de Saúde do município, assim como as visitas às UBS foram autorizadas pelo Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados

Foram avaliados 735 registros de puérperas selecionadas a partir das informações do programa Pré-Nenê, que tiveram partos em Pelotas e informaram a realização de pré-natal na rede de atenção básica da zona urbana (n=34) do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Pelotas. Foram localizados 521 prontuários familiar (70,9%). Destes, 441 prontuários foram acessados a partir das fichas de pré-natal, e 80 a partir de outros documentos ou com ajuda da equipe de saúde da unidade.

Na Tabela 1, são descritos os motivos da falta de acesso aos documentos. Para 138 do total de puérperas, não foram localizadas as fichas de pré-natal nem os prontuários familiar. Para 80 puérperas não foram acessadas as ficha de pré-natal, mas seus prontuários familiares sim, através: da equipe de saúde, da agenda de consultas, da ficha de puericultura ou do registro de coleta de pré-câncer. Para outras 76 puérperas, apesar de acessadas as fichas de pré-natal, não foram acessados os prontuários familiar por não localização do documento na UBS, falta de informação do número de

prontuário, sem evolução da puérpera no prontuário familiar ou o número de prontuário era discordante da ficha de pré-natal.

O acesso às fichas de pré-natal foi satisfatório em 12 UBS, sendo sete destas da ESF. Em oito UBS houve acesso à totalidade das fichas das puérperas amostradas, sendo cinco destas do modelo tradicional. O acesso foi intermediário em sete UBS, das quais cinco do modelo tradicional e ruim em duas UBS, ambas do modelo tradicional. A inexistência de acesso a fichas de pré-natal para a totalidade das puérperas ocorreu em cinco UBS, sendo três do modelo tradicional.

Em relação ao prontuário familiar, o acesso foi satisfatório em 11 UBS, sendo sete do modelo tradicional. O acesso à totalidade dos prontuários das puérperas amostradas ocorreu em 10 UBS, sem diferença entre os modelos de atenção. Em nove UBS o acesso foi considerado intermediário, cinco delas do modelo tradicional. O acesso ao prontuário familiar foi ruim em uma UBS do modelo tradicional, e inexistente para a totalidade das puérperas em três UBS, sendo duas da ESF.

Da amostra inicial, a maior parte da amostra das puérperas selecionadas no programa Pré-Nenê tinha entre 18 e 29 anos (67,3%). Metade dos nascimentos foi por parto cesáreo (49,9%) e praticamente a totalidade realizada em hospitais (97,9%). Somente uma puérpera referiu que criança era indesejada. O recém-nascido permaneceu internado em 14,8% dos casos. O número de consultas no pré-natal foi maior que seis para 77,0% das puérperas, e, menor de três, para 5,2%. Quase a totalidade das puérperas teve exames negativos para VDRL e HIV. Puérperas com filhos menor de dois anos foram 5,2% da amostra. Escolaridade maior ou igual a quatro anos foi referida por 95,9% das puérperas. Metade das puérperas foi atendida pela Estratégia Saúde da Família. Todas as variáveis tiveram perda de informação menor que 4,0%. Ao comparar a amostra inicial e aquela estudada, após as perdas decorrentes da falta de acesso ao

prontuário familiar, não se observou diferenças entre suas características, com exceção da variável número de consultas de pré-natal (Tabela 2).

O registro de indicadores de qualidade superior a 50,0% foi encontrado para consulta puerperal e pouco mais de um terço, para método contraceptivo. Nenhum outro indicador apresentou registro superior a 20,0%. Não foram encontrados registro dos seguintes indicadores: náuseas e vômitos, questionamento de dor na panturrilha, e inchaço na perna (Tabela 3). Das puérperas com registro de consulta puerperal, 66,8% realizaram uma consulta (57,8% até o 10º dia após o parto) e 33,2% realizaram duas consultas. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os modelos de atenção no registro de 10 indicadores de qualidade. A ESF apresentou maiores registros para presença de familiar nas consultas, situação vacinal do tétano e rubéola. O modelo tradicional obteve maiores registros para observação da mamada, exames das mamas, avaliação do abdome, sangramento vaginal, elevação da pressão arterial, edema e tristeza (Tabela 3).

Discussão

Os achados do estudo, com base na disponibilidade de documentos e no registro de informações, evidenciaram marcantes problemas de qualidade da atenção ao puerpério. Cabe destacar que, apesar de selecionarmos para o estudo a totalidade das puérperas cujo parto ocorreu entre junho de 2012 e maio de 2013 e realizaram pré-natal em UBS da zona urbana do município, cerca de 30,0% delas não puderam ser avaliadas porque os prontuários não foram localizados nos serviços. Além disso, nos documentos localizados, chama a atenção o escasso registro dos parâmetros de qualidade avaliados, todos eles enfatizados em protocolos nacionais e internacionais e em documentos oficiais do SUS.⁶⁻¹⁰

Ao avaliar os achados encontrados, é necessário destacara principal característica do estudo: a análise da qualidade da atenção ao puerpério a partir dos registros em saúde. Essa opção tem a vantagem de conhecer detalhadamente a disponibilidade de documentos oficiais nos serviços e a qualidade das informações. Por outro lado, essa estratégia pode subestimar a ocorrência de determinadas ações da equipe de saúde que não puderam ser captadas devido à incompletude dos registros e à desorganização dos documentos, aspectos tradicionalmente falhos na atenção básica brasileira.¹¹ A utilização de entrevistas com os profissionais de saúde ou com as puérperas poderiam fornecer informações mais precisas sobre a qualidade da atenção ao puerpério. Não obstante, cabe ressaltar a validade dos achados, uma vez que a qualidade em saúde é dependente de registros adequados.¹² Outro destaque diz respeito à possibilidade de captaras peculiaridades no processo de trabalho de cada equipe de saúde nas UBS do município. Em três unidades de saúde a equipe informou que a ficha de pré-natal não era utilizada pelos profissionais que realizavam o cuidado puerperal. Em uma UBS, o registro das consultas puerperais era realizado nas fichas de pré-natal, mas com escassas informações. Assim, a falta de padronização no registro das informações limita a qualidade da atenção prestada. Também se identificou perda expressiva de informação sobre a atenção ao puerpério em sete UBS, três alocadas provisoriamente em outra unidade, duas que estavam em novas instalações com dificuldades de organização e outras duas que alteraram recentemente a numeração dos prontuários (de numeração única para numeração por equipe de ESF). Por fim, houve um percentual considerável de perdas (29,1%) de informações da amostra originalmente selecionada no programa Pré-Nenê.

Ao comparar os achados com a literatura, evidencia-se que o registro de consulta puerperal está longe do ideal. Estudo realizado no mesmo município do presente

trabalho avaliou a qualidade dos registros nas fichas de pré-natal, onde a consulta puerperal estava presente em, aproximadamente, 40% das fichas. Tal achado evidencia possíveis falhas no registro ou a não realização de consultas no puerpério.⁵ Outra pesquisa, realizada em 2008 no Piauí, avaliou os registros em prontuários de puérperas adolescentes atendidas na rede pública municipal, e identificou que 52,3% das adolescentes não retornaram à UBS até o 42º dia de pós-parto para consulta de revisão e não receberam visita domiciliar na primeira semana pós-parto. Entre as adolescentes que receberam atenção puerperal, a qualidade foi considerada intermediária para 38,6% delas e, inadequada para 18,2%.¹³

A visita domiciliar e as consultas puerperais recomendadas nos protocolos para o puerpério são fundamentais para antecipar os problemas mais comuns no período, promovendo a saúde da mulher e da sua família. A visita domiciliar precoce oportuniza a realização de orientações, observação e apoio a família. A primeira consulta puerperal deve ser precoce (até o 10º dia puerperal), para que se possa reavaliar a interação e saúde da família, realizando orientações e avaliação biopsicossocial da puérpera. Este período exige toda a atenção do serviço, na prevenção da morbimortalidade materna, onde as rotinas e os protocolos tem papel fundamental para a qualidade do cuidado.^{6-10,14} O registro de visita domiciliar no puerpério foi mínimo (menor que 1,2%), ainda que seja ação recomendada com potenciais efeitos benéficos para a saúde materna e do recém-nascido além de melhoria das relações familiares.^{6-10,14,15}

Entre os registros avaliados, o incentivo ao aleitamento materno com observação da mamada e o exame das mamas não atingiram 15,0% das mulheres. Estudo realizado em São Paulo, com 1020 puérperas, encontrou lesões mamilares em mais da metade das mulheres. A cicatrização das lesões aconteceu até o sexto dia puerperal para a maioria delas, reafirmando o puerpério imediato como crítico para o sucesso da amamentação.¹⁶

Intervenções têm demonstrado resultados significativos na adesão e sucesso do aleitamento materno exclusivo, evidenciando a ação protetora para a saúde da mulher.^{17,18}

A avaliação da depressão no período pós-parto é fundamental para a prevenção de agravos à saúde da mulher e do recém-nascido. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o diagnóstico e tratamento da depressão puerperal na atenção básica, recomendando o rastreamento rotineiro através de escalas de triagem para identificar a depressão, como a Escala de Edimburgo.¹⁹ Nos Estados Unidos da América desde 2001 foi incorporada a triagem para depressão materna nas visitas domiciliares e encaminhamento para tratamento. Estudo avaliando 1902 mulheres identificou 573 delas com escores elevados de depressão, viabilizando tratamento e prevenção de prejuízos para a saúde materna e familiar.²⁰ Apesar da importância, nas 34 UBS incluídas neste estudo (inclusive contemplando unidades de ensino das universidades locais), foram encontrados poucos registros (<3,0%) sobre a observação de sinais de alterações psicológicas e rastreio, representando uma oportunidade perdida para a prevenção da depressão e suas consequências.

As intercorrências hemorrágicas e hipertensivas, juntamente com a septicemia, estão entre as principais causas de mortalidade materna, embora sejam morbidades evitáveis com as ações programáticas do puerpério.²¹ O registro do indicador de sangramento vaginal, no estudo, atingiu 14,0% das puérperas, entretanto, não houve registro de náuseas e vômitos, e os registros para cefaleia, edema e elevação da pressão arterial não atingiram 6,0% da amostra. Apesar de escasso o registro para febre/calafrios (5,0%) e secreção vaginal (10,0%), para a investigação de infecções no puerpério, foi encontrado melhores registros para avaliação do abdome, atingindo entre 15,0% e 25,0% das puérperas, sendo o maior percentual em unidade com modelo tradicional.

O cuidado insuficiente realizado às mulheres com pré-eclâmpsia e a evolução desfavorável, fazem dessa doença a maior responsável pela mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil.²² Apesar das recomendações, observou-se baixo registro dos sinais para esta doença, negligenciando a vocação da atenção básica na promoção da saúde com prevenção de agravos, previsíveis e evitáveis. O estudo não encontrou registros para questionamento de dor na panturrilha e/ou inchaço na perna, sinais e sintomas não investigados no puerpério representam obstáculos para a redução da mortalidade materna no Brasil.²³ Estudo realizado em Cuba que analisou 198 gestantes e puérperas que apresentavam doença tromboembólica venosa (ETV), incluindo trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP), apontou para a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce. A incidência de ETV, neste estudo, foi de 1,34 por 1.000 nascimentos. Sendo que 83,0% dos TEP ocorreram no puerpério e estavam associados à cesariana e infecção puerperal, afetando mais o membro inferior esquerdo. A mortalidade materna resultante das ETV atingiu 10,1% das mulheres no período gravídico puerperal.²⁴

Sinais e sintomas das morbidades de maior prevalência tiveram pouco ou nenhum registro em prontuário familiar, incluindo ações para a sua prevenção. No puerpério imediato as perdas sanguíneas, o aleitamento exclusivo e o retorno dos ciclos menstruais sustentam a utilização do sulfato ferroso até o 3º mês após o parto. Com base nos registros é baixa adesão para este cuidado, colocando em risco a saúde da mulher em Pelotas.^{25,26}

Apesar de algumas diferenças estatísticas, os diferentes percentuais de registro dos indicadores segundo o modelo de atenção básica à saúde não foram relevantes, já que nos dois modelos a proporção dos registros foi baixa. Evidência que está de acordo com pesquisa realizada em prontuário na atenção básica em 22 municípios do RJ em

2008 e apontou para uma prática clínica precária em todos os municípios estudados, independente das características do município ou da extensão de cobertura da ESF.¹¹

Entretanto, estudo realizado nos estados brasileiros do Sul e do Nordeste evidenciou melhores registros para as UBS com o modelo Saúde da Família em comparação ao tradicional, apesar da baixa efetividade do conjunto das UBS.²⁷ Acredita-se que, além dos princípios da ESF, o agente comunitário de saúde represente um diferencial na realização da busca ativa e no encaminhamento para a revisão puerperal. Assim, a não diferença de registro entre os modelos sugere uma possível deficiência no processo de trabalho das equipes, em especial daquelas com ESF.

Há evidência científica de que intervenções melhoram a adesão para o cuidado puerperal. No Havaí, em 2011, evidenciou-se que o acompanhamento pós-parto a partir do prévio agendamento das consultas puerperais, ainda no hospital, aumentou a participação das mulheres nas consultas puerperais e a satisfação com o serviço de saúde.²⁸

Diante da inadequação dos registros em saúde e da baixa qualidade ofertada na atenção ao puerpério, sugere-se a necessidade de revisão e organização dos registros para o cuidado puerperal. Essas ações precisam envolver a gestão e os trabalhadores de saúde para uma possível potencialização das atividades. Sistematizar a avaliação e o monitoramento dos serviços, com base nestes documentos, é primordial para o avanço na qualidade da assistência prestada. A pesquisa aponta para a necessidade de intervenções direcionadas ao processo de trabalho, baseado nas melhores evidências científicas, qualificando as práticas no cuidado puerperal.

Contribuição dos autores

Renata de Lima Lemos – concepção e delineamento do estudo, trabalho de campo e digitação dos dados, análise e interpretação dos dados, e redação final do conteúdo do manuscrito.

Bruno Pereira Nunes – concepção e delineamento do estudo, criação dos bancos de dados, análise e interpretação dos dados, redação e revisão da versão final do manuscrito a ser publicada.

Luiz Augusto Facchini – concepção e delineamento do estudo, interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito, e a aprovação final da versão a ser publicada.

Conflitos de interesse: sem conflitos de interesse.

Referências

1. Ministério da saúde (BR). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006. Relatório Final. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Ver Esc Enfermagem. 2008; 42(1): 105-11.
4. Succi RCDM, Figueiredo EM, Zanatta LDC, Peixe MB, Rosi MB, Vianna LAC. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. Rev Lat Am Enfermagem. 2008 nov-dez; 16(6): 986-92.
5. Lopes CV, Meincke SMK, Quadros LCM, Vargas NRC, Schneider CC, Heck RM. Avaliação da consulta de revisão puerperal no programa de pré-natal. Ver Enferm Saúde. 2011 mai; 1(1): 77-83.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
7. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaria Salud Pública. Manual de Atención Personalizada em el Proceso Reproductivo. Departamento Asesoria Juridica. Ministerio de Salud, 2008.

8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Routine postnatal care of women and their babies. NICE Clinical Guideline 37. July, 2006. Disponível em: <http://nice.org.uk/CG37>. Acessado em 07-02-13.
9. Prefeitura Municipal de Colombo. Secretária Municipal de Saúde. Protocolo Municipal de atenção ao pré-natal e puerpério: Nascer Colombo. Programa Nascer Colombo. Colombo-PR, 2012.
10. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre/RS, 2012.
11. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008 mar; 24(Sup 1): 173-82.
12. Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(4): 691–729.
13. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery*. 2012 abr-jun; 16(2): 312-19.
14. Iyengar K, Iyengar SD. Emergency obstetric care and referral: experience of two midwife-led health centres in rural Rajasthan, India. *Reprod Health Matters*. 2009 may; 17(33):9-20.
15. Ghodsbin F, Yazdani K, Jahanbin I, Keshavarzi S. The effect of Home Visit during the first six weeks of postpartum on the quality of life of primiparous women referred to Shiraz health centers of Shiraz University of Medical Sciences. *Invest. Educ. Enferm*. 2012 set; 30(3): 339-45.

16. Shimoda GT, Silva IA, Santos JLF. Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrizes. *Rev Bras Enferm.* 2005 set-out; 58(5): 529-34.
17. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics.* 2005 fev; 115(2): 139-46.
18. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health.* 2011; 11(Suppl 3):S24.
19. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore, women and birth, *Journal of the Australian College of Midwives.* 2008; 21(2): 65-70.
20. Segre LS, O'hara MW, Brock RL, Taylor D. Depression screening of perinatal women by the Des Moines Healthy Start Project: program description and evaluation. *Psychiatric Services (Washington, DC).* 2012; 63(3): 250-55.
21. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van PF Look. OMS análise das causas de morte materna: uma revisão sistemática. *Lancet.* 2006 abr; 367: 1066-74.
22. Melo BCP, Amorin MMR, Katz L, Coutinho I, Veríssimo G. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. *Ver Assoc Med Bras.* 2009; 55(2): 175-80.
23. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet.* 2011; 6(2): 32-46.

24. Méndez DN, Núñez DC. Experiencia de 11 años en la enfermedad tromboembólica venosa e nel período grávido puerperal. Ver Cub de Obstetry Ginecol. 2011; 37(3): 300-311.
25. Rodrigues LP, Jorge SRPF. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. Rev Bras Hematol Hemoter. 2010 jan; 32(supl. 2): 53-56.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
27. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. Recife. 2007 jan-mar; 7(1): 75-82.
28. Tsai PJ, Nakashima L, Yamamoto J, Ngo L, Kaneshiro B. Postpartum follow-up rates before and after the postpartum follow-up initiative at Queen Emma Clinic. Hawaii Medical Journal. 2011 mar; 70(3): 56-59.

Tabela 1. Descrição dos motivos da falta de acesso aos documentos utilizados na pesquisa. Pelotas, 2013.

| Motivos da falta de acesso aos documentos | n | % |
|--|-----|------|
| Sem ficha de Pré-Natal e sem prontuário familiar | 138 | 18,8 |
| Sem ficha de Pré-natal e com prontuário familiar (n=80) | | |
| Acesso ao número do prontuário com ajuda da equipe | | |
| Ficha de pré-natal não localizada | 10 | 1,4 |
| Ficha de pré-natal não utilizada | 6 | 0,8 |
| Acesso ao número do prontuário na agenda de consultas | | |
| Ficha de pré-natal não localizada | 1 | 0,1 |
| Ficha de pré-natal não utilizada | 7 | 0,9 |
| Acesso ao número do prontuário na ficha de puericultura | 48 | 6,5 |
| Acesso ao número do prontuário no registro de coleta de pré-câncer | 8 | 1,0 |
| Com ficha de Pré-natal e sem prontuário familiar (n=76) | | |
| Não localizado documento na UBS | 6 | 0,8 |
| Sem informação do número de prontuário | 49 | 6,7 |
| Não encontrada evolução da puérpera no prontuário familiar | 11 | 1,5 |
| Número de prontuário discordante da ficha de pré-natal | 10 | 1,4 |

Nota: Percentual (%) referente ao total de puérperas selecionadas para o estudo (n=735).

Tabela 2 - Características sociodemográficas das puérperas atendidas na rede de atenção básica na zona urbana no município de Pelotas, RS, Brasil.

| Características das puérperas | Amostra inicial (n=735) | | Acesso ao prontuário familiar | | | | Valor-p |
|---|-------------------------|------|-------------------------------|------|-------------|------|---------|
| | N | % | Não (n=214) | | Sim (n=521) | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Idade (em anos completos) | | | | | | | 0,959 |
| < 18 | 71 | 9,7 | 21 | 9,8 | 50 | 9,6 | |
| 18 a 29 | 495 | 67,3 | 147 | 68,8 | 348 | 66,8 | |
| 30 a 39 | 161 | 20,5 | 42 | 19,6 | 109 | 20,9 | |
| ≥ 40 | 11 | 1,5 | 2 | 0,9 | 9 | 1,7 | |
| Sem informação | 7 | 1,0 | 2 | 0,9 | 5 | 1,0 | |
| Tipo de parto | | | | | | | 0,105 |
| Vaginal | 362 | 49,3 | 115 | 53,7 | 247 | 47,4 | |
| Cesário | 367 | 49,9 | 96 | 44,9 | 271 | 52,0 | |
| Sem informação | 6 | 0,8 | 3 | 1,4 | 3 | 0,6 | |
| Local do parto | | | | | | | 0,746 |
| Hospital | 720 | 97,9 | 201 | 98,6 | 509 | 97,7 | |
| Domicílio | 7 | 1,0 | 2 | 0,9 | 5 | 1,0 | |
| Sem informação | 8 | 1,1 | 1 | 0,5 | 7 | 1,3 | |
| Criança indesejada | | | | | | | 0,657 |
| Não | 708 | 96,3 | 205 | 95,8 | 503 | 96,5 | |
| Sim | 1 | 0,2 | - | - | 1 | 0,2 | |
| Sem informação | 26 | 3,5 | 9 | 4,2 | 17 | 3,3 | |
| Criança permaneceu internada | | | | | | | 0,677 |
| Não | 609 | 82,9 | 174 | 81,3 | 435 | 83,5 | |
| Sim | 109 | 14,8 | 34 | 15,9 | 75 | 14,4 | |
| Sem informação | 17 | 2,3 | 6 | 2,8 | 11 | 2,1 | |
| Número de consultas de pré-natal | | | | | | | 0,009 |
| < 3 | 38 | 5,2 | 18 | 8,4 | 20 | 3,8 | |
| 3 a 5 | 111 | 15,1 | 32 | 15,0 | 79 | 15,2 | |
| 6 a 9 | 375 | 51,0 | 110 | 51,3 | 365 | 50,9 | |
| ≥ 10 | 191 | 26,0 | 44 | 20,6 | 147 | 28,2 | |
| Sem informação | 20 | 2,7 | 10 | 4,7 | 10 | 1,9 | |
| Exame VDRL | | | | | | | 0,214 |
| Negativo | 712 | 96,9 | 208 | 97,2 | 504 | 96,7 | |
| Positivo | 3 | 0,4 | 2 | 0,9 | 1 | 0,2 | |
| Sem informação | 20 | 2,7 | 4 | 1,9 | 16 | 3,1 | |
| Mãe HIV | | | | | | | 0,885 |
| Não | 707 | 96,2 | 205 | 95,8 | 502 | 96,3 | |
| Sim | 8 | 1,1 | 3 | 1,4 | 5 | 1,0 | |
| Sem informação | 20 | 2,7 | 6 | 2,8 | 14 | 2,7 | |
| Número de filhos | | | | | | | 0,587 |
| < 3 | 640 | 87,1 | 189 | 88,3 | 451 | 86,5 | |
| ≥ 3 | 90 | 12,2 | 23 | 10,8 | 67 | 12,9 | |
| Sem informação | 5 | 0,7 | 2 | 0,9 | 3 | 0,6 | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----|------|-----|------|-----|------|-------|
| Com filhos menores de 2 anos | | | | | | | 0,185 |
| Não | 692 | 94,2 | 198 | 96,5 | 494 | 94,8 | |
| Sim | 38 | 5,2 | 13 | 6,1 | 25 | 4,8 | |
| Sem informação | 5 | 0,7 | 3 | 1,4 | 2 | 0,4 | |
| Escolaridade (em anos) | | | | | | | 0,799 |
| < 4 | 26 | 3,5 | 9 | 4,2 | 17 | 3,3 | |
| ≥ 4 | 705 | 95,9 | 204 | 95,3 | 501 | 96,1 | |
| Sem informação | 4 | 0,5 | 1 | 0,5 | 3 | 0,6 | |
| Modelo de atenção | | | | | | | 0,124 |
| Tradicional | 352 | 47,9 | 112 | 52,3 | 240 | 46,1 | |
| Estratégia de Saúde da Família | 383 | 52,1 | 102 | 47,7 | 281 | 53,9 | |

(-) = sem registro de informação.

Tabela 3 – Registro em prontuário familiar de indicadores de qualidade do cuidado puerperal na atenção básica na zona urbana do município entre junho de 2012 e maio de 2013 (n=521). Pelotas, RS, Brasil.

| Indicador | Total da amostra (n=521) | | ESF (n=281) | | Tradicional (n=240) | | Valor-p* |
|---|--------------------------|------|-------------|------|---------------------|------|----------|
| | n | % | N | % | n | % | |
| Visita domiciliar | 3 | 0,6 | 3 | 1,1 | - | - | 0,253 |
| Consulta puerperal | 286 | 54,9 | 157 | 55,9 | 129 | 53,8 | 0,659 |
| Observação da mamada | 71 | 13,6 | 29 | 10,3 | 42 | 17,5 | 0,021 |
| Sinais vitais | | | | | | | |
| Pressão Arterial | 93 | 17,9 | 45 | 16,0 | 48 | 20 | 0,252 |
| Temperatura corporal | 13 | 2,5 | 10 | 3,6 | 3 | 1,3 | 0,157 |
| Método contraceptivo | 178 | 34,2 | 92 | 32,7 | 86 | 35,8 | 0,460 |
| Exames das mamas | 59 | 11,3 | 20 | 7,12 | 39 | 16,3 | 0,001 |
| Infecção puerperal | | | | | | | |
| Febre e calafrios | 27 | 5,2 | 14 | 5,0 | 13 | 5,4 | 0,845 |
| Avaliação do abdome | 102 | 19,6 | 42 | 15,0 | 60 | 25,0 | 0,005 |
| Secreção vaginal | 52 | 10,0 | 32 | 11,4 | 20 | 8,3 | 0,305 |
| Hemorragia pós-parto | | | | | | | |
| Sangramento Vaginal | 52 | 10,0 | 18 | 6,4 | 34 | 14,2 | 0,005 |
| Fraqueza e tonturas | 2 | 0,4 | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 | 1,0 |
| Pré-eclâmpsia e eclâmpsia | | | | | | | |
| Cefaleia | 8 | 1,5 | 5 | 1,8 | 3 | 1,3 | 0,731 |
| Náuseas e vômitos | - | - | - | - | - | - | - |
| Elevação da pressão arterial | 14 | 2,7 | 1 | 0,4 | 13 | 5,4 | <0,001 |
| Edema | 9 | 1,7 | 1 | 0,4 | 8 | 3,3 | 0,014 |
| Tromboembolismo | | | | | | | |
| Dor na panturrilha | - | - | - | - | - | - | - |
| Inchaço na perna | - | - | - | - | - | - | - |
| Alterações psicológicas | | | | | | | |
| Tristeza | 7 | 1,3 | - | - | 7 | 2,9 | 0,004 |
| Escala de Edimburgo | 2 | 0,4 | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 | 1,000 |
| Presença do familiar nas consultas | 12 | 2,3 | 11 | 3,9 | 1 | 0,4 | 0,008 |
| Situação vacinal | | | | | | | |
| Vacina do tétano | 19 | 3,7 | 18 | 6,4 | 1 | 0,4 | <0,001 |
| Hepatite B | 43 | 8,3 | 29 | 10,3 | 14 | 5,8 | 0,078 |
| Rubéola | 12 | 2,3 | 12 | 4,3 | - | - | 0,001 |
| Exames | | | | | | | |
| VDRL | 22 | 4,2 | 18 | 6,4 | 4 | 1,7 | 0,008 |
| HIV | 26 | 5,0 | 22 | 7,8 | 4 | 1,7 | 0,001 |
| Peso | 46 | 8,8 | 22 | 7,8 | 24 | 10,0 | 0,440 |
| Orientação para hábitos saudáveis | | | | | | | |
| Alimentação saudável | 15 | 2,9 | 7 | 2,5 | 8 | 3,3 | 0,607 |
| Atividade física regular | 9 | 1,7 | 4 | 1,4 | 5 | 2,1 | 0,739 |
| Prescrição de sulfato ferroso | 26 | 5,0 | 9 | 3,2 | 17 | 7,1 | 0,046 |

*Teste exato de Fisher. (-) = sem registro no prontuário familiar.