

Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde

Maternal and child health care: adequacy index in public health services

Asistencia a la salud materno-infantil: índice de adecuación en servicios públicos de salud

Flávia Françoso Genovesi^I

ORCID: 0000-0002-1102-0643

Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario^I

ORCID: 0000-0002-2882-6184

Christine Bacarat de Godoy^{II}

ORCID: 0000-0002-9397-9400

Sandra Mara Maciel^{III}

ORCID: 0000-0002-5917-6540

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli^I

ORCID: 0000-0002-0222-8821

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari^I

ORCID: 0000-0003-0157-7461

^IUniversidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

^{III}Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Genovesi FF, Canario MASS, Godoy CB, Maciel SM, Cardelli AAM, Ferrari RAP. Maternal and child health care: adequacy index in public health services. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20170757. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0757>

Autor Correspondente:

Flávia Françoso Genovesi

E-mail: flavia_genovesi@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Cristina Parada

Submissão: 08-03-2019

Aprovação: 23-04-2020

RESUMO

Objetivos: analisar a adequação da assistência materno-infantil no pré-natal, parto e período puerperal, no serviço público de saúde. **Métodos:** estudo longitudinal realizado em cidade do Paraná com 357 puérperas em maternidade pública, ambulatório de retorno puerperal imediato e visita domiciliar 42 dias pós-parto. Agruparam-se quatro domínios de assistência (1 - Pré-natal, 2 - Maternidade, 3 - Retorno puerperal imediato, 4 - Retorno puerperal tardio). Calculou-se média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variância considerando assistência adequada quando $\geq 70\%$; e inadequada, inferior. **Resultados:** menor média de adequação no Domínio 3 (39,37%) e maior para o 4 (74,82%); mediana de 50,00% no 3 e 76,90% no 4. O desvio-padrão maior, no Domínio 3 (25,18%); e coeficiente de variância alta para 1 e 3. **Conclusões:** no seguimento materno-infantil, índices próximos ao adequado no atendimento na maternidade e superior no retorno puerperal tardio, entretanto pré-natal e retorno puerperal imediato se apresentaram aquém do preconizado na rede de atenção à saúde.

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

ABSTRACT

Objectives: to analyze the adequacy of maternal and child-care in prenatal care, childbirth and the puerperal period, in the public health service. **Methods:** longitudinal study carried out in a city in Paraná with 357 puerperal women in a public maternity ward, outpatient clinic for immediate puerperal return and home visit 42 days postpartum. Four care domains were grouped (1 - Prenatal, 2 - Maternity, 3 - Immediate puerperal return, 4 - Late puerperal return). Mean, median, standard deviation and coefficient of variance were calculated considering adequate assistance when $\geq 70\%$; and inadequate, inferior. **Results:** lowest suitability average in Domain 3 (39.37%) and highest for Domain 4 (74.82%); median of 50.00% at 3 and 76.90% at 4. The largest standard deviation, in Domain 3 (25.18%); and high coefficient of variance for 1 and 3. **Conclusions:** in maternal and child follow-up, rates close to adequate in maternity care and higher in late puerperal return, meanwhile prenatal and immediate puerperal return were below the recommended in the health care network.

Descriptors: Child Health; Women's Health; Program Evaluation; Health Systems Plans; Epidemiologic Studies.

RESUMEN

Objetivos: analizar la adecuación de la asistencia materno-infantil en el prenatal, parto y período puerperal, en el servicio público de salud. **Métodos:** estudio longitudinal realizado en ciudad de Paraná con 357 puérperas en maternidad pública, ambulatorio de retorno puerperal inmediato y visita domiciliar 42 días postparto. Se ha agrupado cuatro dominios de asistencia (1 - Prenatal, 2 - Maternidad, 3 - Retorno puerperal inmediato, 4 - Retorno puerperal tardío). Se ha calculado media, mediana, desvío estándar y coeficiente de desviación considerando asistencia adecuada cuando $\geq 70\%$; y inadecuada, inferior. **Resultados:** menor media de adecuación en el Dominio 3 (39,37%) y mayor para 4 (74,82%); mediana de 50,00% en 3 y 76,90% en 4. El desvío estándar mayor, en el Dominio 3 (25,18%); y coeficiente de desviación alta para 1 y 3. **Conclusiones:** en el seguimiento materno infantil, índices próximos al adecuado en la atención en la maternidad y superior en el retorno puerperal tardío, entretanto prenatal y retorno puerperal inmediato se presentaron lejos del preconizado en la red de atención a la salud.

Descritores: Salud del Niño; Salud de la Mujer; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Sistemas de Salud; Estudios Epidemiológicos.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil direcionadas à população materno-infantil passaram por um longo processo de (re) estruturação visando à melhoria da assistência e redução das taxas de morbidade e mortalidade por causas consideradas evitáveis, por meio do acesso a serviços qualificados⁽¹⁾. Em 2011, a taxa de mortalidade infantil no Brasil já havia diminuído em relação aos anos anteriores, mas ainda estava alta quando comparada com outros países⁽¹⁻²⁾. Desde então, o governo estabeleceu uma nova estratégia para mudança no modelo de atenção materno-infantil, originando, assim, a Rede Cegonha⁽²⁾, que tem como objetivos a promoção e implantação de um novo modelo na atenção ao parto e nascimento, a organização da rede de atenção materno-infantil com garantia de acesso, o acolhimento e resolutividade e a redução da mortalidade materna e infantil⁽³⁾.

No Paraná, em 2012, implementou-se a Rede Mãe Paranaense (RMP), tendo como base os princípios gerais da Rede Cegonha⁽⁴⁻⁵⁾. Em pesquisa realizada em três regionais de saúde do estado do Paraná, para avaliação da implementação da RMP, identificaram-se algumas falhas no processo, entretanto o programa tem apresentado impacto positivo nos indicadores de saúde materno-infantil. Sabe-se que ainda há muito o que melhorar, com enfoque na qualificação dos profissionais, para possibilitar a promoção da atenção à saúde materno-infantil de forma resolutiva e eficiente⁽⁶⁾.

Ressalta-se que a assistência materno-infantil deve ser realizada desde o pré-natal, prosseguindo no parto e puerpério. Para tanto, em 2015, estabeleceu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que define a promoção e proteção da saúde da criança com o objetivo da integralidade da gestação aos 9 anos de vida. Entre os princípios dessa política, destacam-se a integralidade do cuidado, equidade em saúde, o direito à vida e à saúde, bem como o acesso universal e humanização⁽⁷⁾. No artigo 6º, apresentam-se os sete eixos estratégicos, sendo um deles a atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido, com vistas à melhoria do acesso, cobertura, qualidade dos serviços obstétrico e neonatal por meio da integração das ações do pré-natal, maternidade e acompanhamento da criança na atenção primária⁽⁷⁾.

A integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não é compromisso de apenas um profissional ou serviço de saúde, mas é tangida pelos princípios do trabalho em rede, escuta às necessidades dos usuários, utilização de medidas resolutivas e estabelecimento de vínculo com a população⁽⁸⁾. A assistência à mulher e criança ainda está em construção, com mudança do paradigma do modelo centrado na doença para um modelo com foco em redes, na inclusão da família e sociedade e integralidade do cuidado⁽⁹⁾.

Nesse sentido, após a implementação dessas redes de atenção à saúde materno-infantil, é necessário realizar estudos avaliativos para retratar as possíveis lacunas da assistência gravídico-puerperal, apontando para a necessidade de investigações que identifiquem se as ações preconizadas em todo o ciclo de cuidado nos diferentes níveis de atenção atendem ou não às normativas do programa. Assim, podem-se fornecer subsídios para potencializar a resolutividade esperada.

OBJETIVOS

Analisar a adequação da assistência materno-infantil no pré-natal, parto e período puerperal, no serviço público de saúde.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo é um recorte da pesquisa intitulada "Fatores de risco para morbimortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto", autorizada pela Autarquia Municipal de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UDEL).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo longitudinal, realizado em município situado na região norte do Paraná, entre julho e novembro de 2014. Na pesquisa, o acesso às mulheres foi efetivado na maternidade pública do município, referência para parto/gestação de risco habitual (RH) e risco intermediário (RI), exclusiva para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

População ou amostra

O cálculo amostral foi realizado com base nos 3.415 partos de 2012, considerando uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, resultando em 358 mulheres. Houve uma exclusão por adoção da criança, portanto o *n* foi de 357 puérperas. Os critérios de inclusão foram: residir na zona urbana, ter sido gestante de RH e RI, ser capaz de compreender a participação no estudo bem como consenti-la.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu em quatro etapas; e, neste estudo, investigaram-se as três primeiras etapas: na maternidade, em prontuários, Carteira da Gestante e entrevista um dia após o parto; no ambulatório, observando-se a consulta de retorno puerperal imediato entre 7 e 10 dias após alta da maternidade; e na primeira visita domiciliar (VD) 42 dias pós-parto, no retorno puerperal tardio. Os dados foram coletados em formulário previamente testado e preenchido pelos pesquisadores.

Protocolo do estudo

A variável "tipo de assistência materno-infantil" foi construída com base nas ações preconizadas nos protocolos da rede de assistência materno-infantil⁽²⁻³⁾. Foram classificadas como adequada ($\geq 70\%$) e inadequada ($< 70\%$) e organizadas em quatro grupos assistenciais: Grupo I: Assistência ao pré-natal; Grupo II: Atendimento na maternidade; Grupo III: Consulta de retorno puerperal imediato (RPI); e Grupo IV: Retorno puerperal tardio (RPT).

Para a assistência ao pré-natal (PN) foram selecionadas 15 variáveis: gravidez planejada (1 - sim; 2 - não), adequação ao pré-natal (1 - adequado e 2 - intermediário e inadequado), sendo incluídas as seguintes variáveis, classificadas em adequadas (1) ou intermediária/inadequadas (2): início do pré-natal

(1 - < 14 semanas; 2 - ≥ 14 semanas); número de consultas (1 - ≥ 6 consultas; 2 - < 6 consultas); local de realização (1 - UBS; 2 - necessidade de encaminhamento para serviço de referência); orientação para o parto (1 - recebeu orientações sobre tipos de parto, sinais de alerta e direitos da gestante; 2 - não recebeu orientações); orientação sobre aleitamento materno (AM) (1 - recebeu orientações; 2 - não recebeu); realização do exame clínico obstétrico (1 - realizado verificação pressão arterial, mamas, altura uterina e batimento cardiocirculatório; 2 - não realizado); preenchimento do cartão de pré-natal, contendo as informações: problemas no pré-natal (1 - sim; 2 - não), gráfico de controle de peso (1 - sim; 2 - não), avaliação de edema (1 - sim; 2 - não) e esquema de vacinação - antitetânica (1 - sim; 2 - não), anti-hepatite B (1 - sim; 2 - não); intervalo entre última consulta de pré-natal e parto (1 - ≤ 15 dias; 2 - ≥ 16 dias); visita prévia à maternidade (1 - sim; 2 - não).

O atendimento na maternidade foi dividido em dois momentos: sala de parto e alojamento conjunto, sendo 15 variáveis. Na sala de parto avaliado: tipo de parto (1 - vaginal, 2 - cesárea), indução do parto (1 - não, 2 - sim), intercorrências intraparto (1 - não, 2 - sim), períneo íntegro (1 - sim, 2 - não), acompanhante (1 - sim, 2 - não), contato precoce mãe-bebê (1 - ocorreu, 2 - não ocorreu), sucção na primeira hora pós-parto (1 - sim, 2 - não) e orientação sobre aleitamento materno (AM) na sala de parto (1 - sim, 2 - não). No alojamento conjunto: o encaminhamento do recém-nascido (RN) na primeira hora (1 - sim, 2 - não), amamentação livre demanda (1 - sim, 2 - não), problemas com as mamas (1 - sim, 2 - não), mamilos íntegros (1 - sim, 2 - não), realizada pesagem do RN na alta hospitalar (1 - sim, 2 - não), orientação para referência se problemas com AM (1 - sim, 2 - não) e retorno à USF na alta hospitalar (1 - sim, 2 - não).

No retorno puerperal imediato (RPI), até 10 dias pós-parto, foram selecionadas 16 variáveis: atendimento (1 - sim, 2 - não), profissional de saúde (1 - sim, 2 - não), avaliação do estado geral (padrão de sono, condições emocionais e de higiene - 1 - sim, 2 - não), avaliação das mamas e mamilos (1 - sim, 2 - não), mamada (1 - sim, 2 - não), pesagem do RN (1 - sim, 2 - não), exame físico do RN (1 - sim, 2 - não), agendamento puericultura e vacinas (1 - sim, 2 - não), outras orientações - cuidados com cólica intestinal, banho de sol, prevenção de acidentes, aleitamento materno, puericultura e vacinação, testes neonatais e planejamento familiar (1 - sim, 2 - não) e realização de contrarreferência (1 - sim, 2 - não).

Na abordagem puerperal tardia, na visita domiciliar 42 dias pós-parto, 13 variáveis selecionadas: recebeu apoio do profissional de saúde (1 - sim, 2 - não), relevância da primeira consulta (1 - importante, 2 - não sabe, não acha importante), comparece às consultas - com enfermagem, médico e dentista (1 - sim, 2 - não), criança em AME (1 - sim, 2 - não), ocorrência de doença ou acidente com a criança (1 - não, 2 - sim), testes de triagem neonatal (1 - sim, 2 - não), vacinação (1 - sim, 2 - não) e anotações no Cartão da Criança (peso, estatura e perímetro cefálico) e agendamento de consultas (1 - sim, 2 - não).

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram processados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*[®]. Inicialmente, realizou-se análise descritiva

das variáveis em porcentagens para identificar o tipo de assistência materno-infantil (adequada ou inadequada). Por conseguinte, procedeu-se à análise por agrupamento de variáveis, em que os Grupos Assistenciais (Grupo I: assistência ao pré-natal; Grupo II: atendimento na maternidade; Grupo III: consulta de RPI e; Grupo IV: RPT) foram, respectivamente, renomeados em Domínios: Domínio 1 - Pré-natal; Domínio 2 - Maternidade; Domínio 3 - Retorno puerperal imediato; e Domínio 4 - Retorno puerperal tardio. Para analisar os domínios, utilizou-se o percentual de 70% — sendo ≥ 70%, adequada assistência; e < 70%, inadequada assistência —, valor definido em outros estudos que avaliaram a adequação de programas materno-infantis^(6,10), por meio do modelo de ajuste do cálculo da média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variância.

RESULTADOS

Na Tabela 1, o Domínio 1 (Pré-natal) mostra que, das 15 variáveis, apenas 5 foram consideradas adequadas; 71,7% iniciaram-no em < 14 semanas de gestação; 85,4% realizaram ≥ 6 consultas, sendo 93,6% na USF; 79,3% dos Cartões da Gestante tinham registro da vacinação antitetânica; e 72,5% apresentavam consulta 15 dias antes do parto. A gravidez não foi planejada para 36,1% das mulheres; 74,5% com pré-natal inadequado; 51,5% não receberam orientação sobre o parto; e 44,5% não receberam orientação sobre o aleitamento materno. Do total, 65,8% não realizou exame clínico obstétrico, e 84,9% não visitaram a maternidade previamente ao parto. Quase a totalidade dos itens a serem preenchidos no Cartão de pré-natal foram classificados como inadequados.

No Domínio 2, observa-se que o índice de adequação na sala de parto relacionou-se ao tipo de parto (74,5%), presença do acompanhante (87,4%), contato precoce mãe-bebê (86,8%) e sucção ao seio materno na primeira hora pós-parto (73,1%). No alojamento conjunto, apenas amamentação livre demanda (95,5%), mamilos íntegros (84,6%) e orientação para o retorno à USF (84%) foram as variáveis classificadas como adequadas.

A inadequação na sala de parto se refere à indução ao parto (43,9%), integridade do períneo (68,1%) e ajuda/orientação do AM (34,7%). No AC, a inadequação se relaciona aos 54,1% de RN que foram encaminhados ao AC uma hora após o parto, ao desenvolvimento de problemas nas mamas (41,2%), sendo 37,4% por fissura mamilar. No momento da alta hospitalar, 93,8% dos RNs não foram pesados, e cerca de 48% não receberam orientações para referência de problemas com amamentação.

A Tabela 2 demonstra os Domínios 3 (Retorno puerperal imediato) e 4 (Retorno puerperal tardio). No ambulatório de RPI, dos 16 itens, apenas 2 foram considerados adequados; 81,8%, comparecendo na consulta; e 78,2%, atendimento por profissionais de saúde.

A inadequação se refere à avaliação do estado geral da puerpera pelo profissional (38,7%), das mamas e mamilos (44,5%), mamada (73,7%), pesagem do RN (90,8%), exame físico do RN (75,4%) e agendamento de consulta de puericultura e vacina (63,3%). Também, as orientações materno-infantis pelo profissional não atingiram a porcentagem de adequação: 92,4% quanto aos cuidados com a cólica intestinal; 85,7%, banho de sol; 99,2%,

Tabela 1 – Assistência materno-infantil durante a gestação e parto conforme o Domínio 1 (Pré-natal) e Domínio 2 (Maternidade) (N = 357)

Variáveis	Adequada		Inadequada	
	n	%	n	%
Domínio 1 – Pré-natal				
Gravidez planejada	228	63,9	129	36,1
Adequação do pré-natal	91	25,5	266	74,5
Início do pré-natal	256	71,7	101	28,3
Número de consultas	305	85,4	52	14,6
Local	334	93,6	23	6,4
Orientação para o parto	173	48,5	184	51,5
Orientação aleitamento materno	198	55,5	159	44,5
Exame clínico-obstétrico	122	34,2	235	65,8
<i>Preenchimento cartão pré-natal</i>				
Problemas no pré-natal	163	45,7	194	54,3
Gráfico controle peso	38	10,6	319	89,4
Avaliação de edema	155	43,4	202	56,6
Esquema vacinação				
Antitetânica	283	79,3	74	20,7
Anti-hepatite B	169	47,3	188	52,7
Intervalo entre última consulta pré-natal e parto	259	72,5	98	27,5
Visita à maternidade pela gestante	54	15,1	303	84,9
Domínio 2 – Maternidade				
<i>Sala parto</i>				
Tipo de parto	266	74,5	91	25,5
Indução do parto	204	57,1	153	42,9
Intercorrências intraparto	254	71,1	103	28,9
Períneo íntegro	114	31,9	243	68,1
Presença de acompanhante	312	87,4	45	12,6
Contato precoce mãe-bebê	310	86,8	47	13,2
Sucção na primeira hora pós-parto	261	73,1	96	26,9
Ajuda/orientação aleitamento materno na sala de parto	233	65,3	124	34,7
<i>Alojamento Conjunto</i>				
Encaminhamento do recém-nascido na primeira hora	160	44,8	193	54,2
Amamentação livre demanda	341	95,5	16	4,5
Ausência de problemas com as mamas	210	58,8	147	41,2
Mamilos íntegros	302	84,6	55	15,4
Pesagem do recém-nascido na alta hospitalar	22	6,2	335	93,8
Orientação local de referência para problemas com aleitamento materno	186	52,1	171	47,9
Orientação retorno à Unidade Saúde da Família na alta hospitalar	300	84,0	57	16,0

Tabela 2 – Assistência materno-infantil após alta da maternidade conforme o Domínio 3 (Retorno puerperal imediato) e Domínio 4 (Período puerperal tardio) (N = 357)

Variáveis	Adequada		Inadequada	
	n	%	n	%
Domínio 3 – Retorno puerperal imediato				
Recebeu atendimento nos primeiros 10 dias	292	81,8	65	18,2
Profissional da saúde realizou atendimento	279	78,2	78	21,8
Avaliação do estado geral da puérpera	219	61,3	138	38,7
Avaliação das mamas e mamilos	198	55,5	159	44,5
Avaliação da mamada	94	26,3	263	73,7
Pesagem do recém-nascido	33	9,2	324	90,8
Realização exame físico recém-nascido	88	24,6	269	75,4
Agendamento puericultura e vacina	131	36,7	226	63,3
<i>Orientações de cuidado materno-infantil</i>				
Cuidados com cólica intestinal	27	7,6	330	92,4
Banho de sol	51	14,3	306	85,7
Prevenção de acidentes	3	0,8	354	99,2
Aleitamento materno	75	21,0	282	79,0
Puericultura e vacina	184	51,5	173	48,5
Testes neonatais	195	54,6	162	45,4
Planejamento familiar	212	59,4	145	40,6
Realizada contrarreferência	169	47,3	188	52,7
Domínio 4 – Retorno puerperal tardio				
Recebeu apoio do profissional de saúde	167	46,8	190	53,2
Primeira consulta da criança relevante	331	92,7	26	7,3
Consultas na Unidade Saúde da Família				
Enfermeiro	312	87,4	45	12,6
Pediatra	304	85,2	53	14,8
Dentista	217	60,8	140	39,2

Continua

prevenção de acidentes; 79%, aleitamento materno; 48,5%, retorno à USF para consulta; 45,4%, testes neonatais; 40,6% das mulheres não receberam informações para o planejamento familiar; e, em mais de 52% dos casos, não foi indicada a contrarreferência.

No Domínio 4, o índice de adequação ocorreu para a primeira consulta da criança (92,7%), sendo realizada pelo enfermeiro (87,4%) e pediatra (85,2%). Houve adequação também para a não ocorrência de doenças ou acidentes após a alta hospitalar (77%), testes neonatais completos (96,6%), vacinação da BCG e agendamento das próximas vacinas no Cartão da Criança (97,2%).

Houve inadequação em relação ao apoio do profissional à puérpera (53,2%), consulta com dentista (39,2%), aleitamento materno exclusivo (53,8%) e ausência do registro no Cartão da Criança.

Na Figura 1, optou-se por deixar todos os elementos, visto que estavam dentro de uma escala percentual. Está representada a variabilidade dos domínios, em que se pode observar uma discrepância maior no Domínio 1 (Pré-natal) e 3 (Retorno puerperal imediato), que apresentaram o maior índice de inadequação se comparados aos Domínios 2 (Maternidade) e 4 (Retorno puerperal tardio), adequada assistência ($\geq 70\%$).

Na Tabela 3, nota-se maior média no Domínio 4, com maior índice de adequação ($\geq 70\%$). No 3, a menor média. No seguimento, a média ficou $< 60\%$. A mediana mostra que o Domínio 4 foi maior que o 3, mas menor no total semelhante à média. O desvio-padrão, maior para o 3 e maior variância em relação à média, enquanto, no total, o desvio-padrão foi de 9,90, indicando que em geral estão próximos da média. Já no coeficiente de variância, houve média dispersão no 2, 4 e total, ao passo que alta no 1 e 3, indicando heterogeneidade dos dados.

Continuação da Tabela 2

Variáveis	Adequada		Inadequada	
	n	%	n	%
Criança em aleitamento materno exclusivo	165	46,2	192	53,8
Doença ou acidente após a alta hospitalar	275	77,0	82	23,0
Testes de triagem neonatal completos	345	96,6	12	3,4
Vacinação completa	350	98,0	7	2,0
<i>Anotações no Cartão da Criança</i>				
Peso	234	65,5	123	34,5
Estatura	229	64,1	128	35,9
Perímetro cefálico	198	55,5	159	44,5
Agendamento de vacinas	347	97,2	10	2,8

Entretanto, estudo evidenciou que atendimento em grupo foi considerado mais aceitável que o individual, mas isso não se associou aos resultados adversos (parto prematuro, aleitamento materno, tipo de parto, estresse ou depressão, baixo peso ao nascer, internação em unidade neonatal e mortalidade perinatal), mas a satisfação da usuária foi mais alta no pré-natal em grupo⁽¹³⁾.

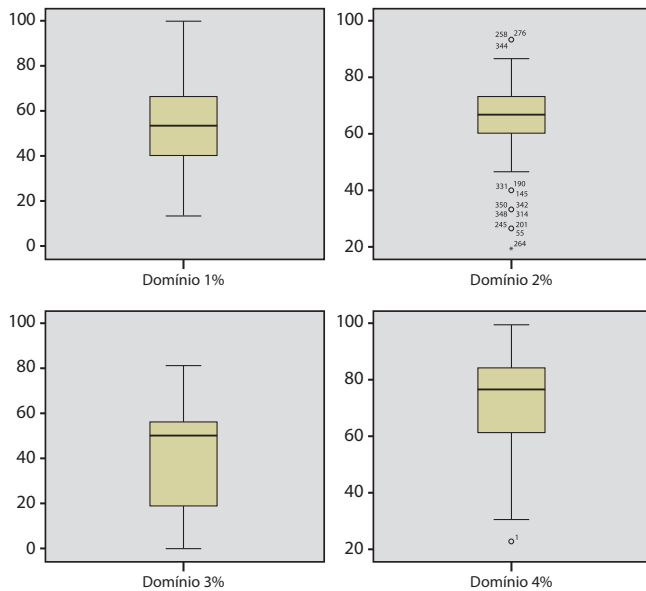


Figura 1 – Variabilidade dos Domínios 1 (Pré-natal), 2 (Maternidade), 3 (Retorno puerperal imediato) e 4 (Retorno puerperal tardio)

No Brasil, recomenda-se que, no pré-natal, se inicie a vinculação da gestante ao serviço hospitalar para o parto, bem como sua preparação para a visita guiada até o 6º mês de gestação^(2,12). Orientações devem ser realizadas pelos profissionais de saúde a respeito do parto vaginal, hábitos saudáveis de vida, sinais de alerta na gravidez, cuidados com o recém-nascido, realização das consultas no puerpério e direitos da gestante e do pai^(2,7). Entretanto, o presente estudo entra em concordância com outra pesquisa que identificou falha no serviço quanto a tais orientações⁽¹⁴⁾, bem como no que tange ao incentivo ao aleitamento materno, e autores apontam maior frequência do desmame precoce⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Em países desenvolvidos da Europa, em especial para a redução das desigualdades, para a efetividade e custo-eficácia na melhoria da saúde e bem-estar após a oferta de orientações em saúde, tais ações se mostraram de baixa evidência, pois os orientadores atuaram apenas como agentes de tradução, às vezes removendo barreiras ao comportamento prescrito ou ajudando a criar ambientes sociais facilitadores⁽¹⁷⁾.

Tabela 3 – Domínios 1 (Pré-natal), 2 (Maternidade), 3 (Retorno puerperal imediato) e 4 (Retorno puerperal tardio) e total (seguimento) conforme modelo de ajuste

Estatísticas	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4	Total
Média (%)	52,79	64,86	39,37	74,82	57,10
Mediana	53,30	66,60	50,00	76,90	57,62
Desvio-padrão	15,92	13,42	25,18	15,88	9,90
Máximo	100,00	93,30	81,20	100,00	81,36
Mínimo	13,30	20,00	0,00	23,00	28,81
Limite inferior (95%)	51,13	63,46	36,75	73,17	56,07
Limite superior (95%)	54,45	66,25	41,99	76,48	58,13
Coefficiente de variância	30,15	20,73	63,95	21,22	17,33

A assistência pré-natal, como programa assistencial no município em estudo, não alcançou o índice de adequação desejado e preconizado pelo Ministério da Saúde, o que não difere de outros municípios brasileiros — embora as cidades dos estados da Região Sul estejam entre os melhores índices de nº de consultas, ainda assim não atingiram a qualidade almejada e necessária⁽¹⁸⁾. Também, o registro no Cartão da Gestante estava aquém do preconizado e ainda é um desafio nos serviços de saúde, portanto se faz necessário instrumentalizar os profissionais para seu uso e preenchimento, visto ser fundamental fonte de informação entre os diferentes níveis de atenção pelos quais a mulher passará durante a gestação, parto e seguimento puerperal.

Na maternidade, o atendimento se apresentou aproximado ao preconizado pelos programas ministeriais, mas ainda se deve atentar para ajustes de alguns itens da prática obstétrica, incentivo e manutenção do aleitamento materno na sala de parto e alojamento conjunto, visto que é uma das maternidades públicas do município que possui título Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

DISCUSSÃO

As ações realizadas pela equipe de saúde, em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, devem levar em consideração as condições de vida e as diferentes formas de inserção social na comunidade adscrita da unidade de saúde, no intuito de alcançar um cuidado integral, direito constitucional no país⁽¹¹⁾.

O cuidado pré-natal é um dos principais serviços de saúde preventiva utilizados em todo o mundo. Na maioria dos países ocidentais, esse atendimento envolve tradicionalmente um cronograma de visitas individuais com um profissional de saúde⁽¹²⁾.

O parto vaginal foi mais frequente do que o cirúrgico, mas ainda não atende ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde: no máximo, 15% de partos cesáreos. Também se observaram práticas desnecessárias quanto à indução do parto e laceração perineal e intercorrências intraparto — a maior porcentagem, com o feto —, indicando que há desafios a serem superados quanto à assistência obstétrica e neonatal. Pesquisa de coorte nacional de base hospitalar com puérperas e seus recém-nascidos identificou que os maiores índices de mortalidade neonatal ocorreram nas

maternidades que não atendiam às especificações de qualidade para o parto e nascimento seguro⁽¹⁹⁾.

Na sala de parto, o contato precoce entre a mãe e o bebê na primeira hora pós-parto é de extrema importância para fortalecer e estimular o vínculo afetivo entre os dois. Toda a equipe de saúde deve se comprometer para que esse momento ocorra e seja realizado de forma integral, proporcionando benefícios não apenas para a mãe e o bebê, mas também para toda a família⁽²⁰⁾. Tal ocasião também é importante para o início da amamentação, entretanto percebe-se um baixo índice dessa prática nos hospitais do Brasil, mesmo naqueles participantes do Hospital Amigo da Criança, o que se torna uma realidade preocupante⁽¹⁶⁾. A continuidade no alojamento conjunto para a amamentação em livre demanda favorece a sua manutenção, diminuindo o risco do desmame precoce⁽²¹⁾.

Apesar dos riscos amplamente documentados de não amamentar, as taxas de iniciação permanecem relativamente baixas em muitos países de alta renda, sobretudo entre mulheres de baixa renda⁽²²⁾. Resultados de pesquisas com base em evidências científicas, em países da Europa e nos EUA, mostraram baixa qualidade na eficácia de diferentes tipos de atividades de promoção da amamentação, em termos de mudança do número de mulheres que iniciaram a amamentação na primeira hora após o nascimento⁽²²⁾. Portanto, são necessários mais estudos em países de baixa e média renda para descobrir quais estratégias incentivarão as mulheres a iniciar a amamentação logo após o parto⁽²³⁾.

Depois da alta da maternidade, no período puerperal imediato, as mulheres do presente estudo não receberam a assistência adequada. Nesse período, a equipe do serviço de atenção primária deve realizar a VD para acompanhar o estado geral da puérpera e da criança, bem como possíveis sinais de agravos. Em tal visita, também devem ser orientados o aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, agendamento da segunda consulta com enfermeiro, pediatra e dentista na USF, ainda nos primeiros 30 dias de vida, pois é nesse período que ocorrem os maiores índices de morbimortalidade por causas infecciosas que podem ser detectadas precocemente e tratadas a tempo^(2,5,7).

A consulta de retorno puerperal imediato ocorreu para a quase totalidade das mulheres, e no ambulatório da maternidade, mas não atendeu à porcentagem de adequação de cuidado e orientação ao recém-nascido e puérpera conforme preconizado pelas redes de assistência materno-infantil^(2,6,10-11). Estudo também evidenciou baixo índice de orientações referentes aos cuidados com o recém-nascido, acompanhamento com a odontologia e aleitamento materno⁽¹⁵⁾. Já a consulta de retorno puerperal tardio foi o domínio que atendeu ao nível de adequação da assistência no município em estudo. A quase totalidade das mães considerou relevante a consulta da criança na unidade de saúde, e elas foram atendidas pelo enfermeiro e pediatra, ao contrário do dentista. Por outro lado, menos da metade referiu não ter recebido apoio do profissional de saúde após a alta da maternidade.

O seguimento materno-infantil no serviço de atenção primária ainda é uma realidade distante de ser contemplada no cenário brasileiro, bem como a efetividade de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e mortes infantis, em especial as neonatais⁽¹¹⁾. Pesquisa que avaliou os atributos do serviço de atenção primária quanto ao atendimento de crianças menores de 2 anos, em Minas Gerais, evidenciou que mais de 80% dos

cuidadores entrevistados avaliaram com baixos escores⁽²⁴⁾. Ao contrário, pesquisa que também avaliou os mesmos atributos, no Paraná, identificou que os melhores índices foram os referentes à atenção primária das unidades da ESF, se comparadas às tradicionais, porém concluiu como necessária a revisão das ações de assistência à criança em ambos os modelos⁽²⁵⁾.

A inefetividade do serviço no retorno puerperal tardio se observou no presente estudo quanto ao aleitamento materno exclusivo, que apresentou queda nos índices da maternidade para os 42 dias de vida da criança. Estudo realizado com nutrízes revelou que a promoção do aleitamento materno não foi eficiente e não houve um acompanhamento e apoio à amamentação⁽²⁶⁾. Tal fato confirma a falha na implantação das redes de apoio à amamentação, gerando necessidade de reestruturação dos serviços a fim de atender na totalidade e de forma integral a população de gestantes e puérperas⁽²⁷⁾.

O registro no Cartão da Criança também não atingiu a porcentagem de adequação no presente estudo, e resultados de pesquisadores apontaram a subutilização de informações⁽²⁷⁻²⁸⁾. Estudo evidencia fragilidades na infraestrutura dos serviços, como a falta de recursos humanos e estrutura deficiente dos estabelecimentos de saúde, repercutindo negativamente no desenvolvimento da criança⁽²⁹⁾. Entretanto, na avaliação dos centros de saúde materno-infantil no Egito, foi considerado bom o nível de qualidade na organização de serviços e instalações disponíveis nas clínicas; e provou-se que a satisfação das mulheres é afetada pelos seguintes fatores: número de paridade, renda familiar, bem como atendimento do profissional de saúde⁽³⁰⁾.

Ainda, no Brasil, não há implementação adequada no cotidiano dos serviços de atenção primária, tornando o cuidado um desafio, com necessidade de se trabalhar a integralidade no processo⁽²⁹⁻³¹⁾. Isso se reafirma em estudo internacional cujo objetivo foi identificar a promoção da saúde dos profissionais da atenção primária, que evidenciou concentração de práticas individuais; contudo, há poucas evidências sobre as melhores abordagens para oferecer cuidados preventivos e melhoria da saúde, e pouca atenção é dada na literatura para examinar o impacto do contexto organizacional sobre a forma como os serviços são prestados ou sobre como isso influencia a eficácia das intervenções de melhoria da saúde⁽³²⁾.

Limitações do estudo

Estudos longitudinais, embora reflitam a sequência de fatos, estão sujeitos a vieses extrínsecos, o que pode mudar o grau de comparabilidade. Muitas variáveis neste estudo foram analisadas, e isso pode muitas vezes não refletir a realidade dos serviços de saúde no que tange à perspectiva da usuária.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

A enfermagem ocupa a maioria dos espaços do sistema público de saúde que atende a todas as fases do período reprodutivo da mulher e do desenvolvimento e crescimento da criança. Ambos os grupos são prioridades nas políticas públicas em âmbito nacional e regional. Como contribuição nessa linha, este estudo apresenta

ações que atingiram índice de adequação, bem como de inadequação, oferecendo um quadro com base no qual a enfermagem poderá atuar no intuito de qualificar a assistência, visto que lacunas nesse nível ainda existem no serviço público de saúde.

CONCLUSÕES

A assistência materno-infantil no serviço público de saúde não atendeu ao índice de adequação na totalidade dos domínios

analisados. A menor média foi para o Domínio 3 (Retorno puerperal imediato) seguido do Domínio 1 (Pré-natal) e Domínio 2 (Parto). O único domínio que atingiu o índice de adequação foi o 4, que se refere ao retorno puerperal tardio, mas o total do seguimento gravídico-puerperal foi inferior a 60%. Ao detalhar as ações assistenciais em cada domínio, verifica-se a necessidade de ajustes para o alcance do índice de adequação em todos os níveis de atenção à saúde da diáde materno-infantil, a fim de se prestar um cuidado integral.

REFERÊNCIAS

1. Moreira LMC, Alves CRL, Belisário AS, Bueno MC. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2012 [cited 20 May 2018];22(7 Suppl):48-55. Available from: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/644>
2. Ministério da Saúde (BR). Manual prático para a implementação da rede cegonha [Internet]. Brasília (DF): 2011 [cited 20 Aug 2017]. Available from: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062
3. Ministério da Saúde (BR). Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar [Internet]. Brasília (DF): 2013 [cited 20 Aug 2017]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005
5. Huçulak MC, Peterlini OL. G. Rede mãe paranaense: relato de experiência. *Rev Espaço Saúde* [Internet]. 2014 [cited 20 Aug 2017];15(1):77-86. Available from: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22
6. Frank BRB, Toso BRGO, Viera CS, Guimarães ATB, Caldeira S. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três regionais de saúde do Paraná. *Saúde Debate*. 2016;40(109):163-74. doi: 10.1590/0103-1104201610913
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº. 1.130, 5 de agosto de 2015. Institui a política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) [Internet]. Brasília (DF): 2015 [cited 15 Aug 2017]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
8. Souza MHN, Paz EPA, Farias SNP, Ghelman LG, Mattos CX, Barros RR. Integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê. *Esc Anna Nery*. 2013;17(4):677-82. doi: 10.5935/1414-8145.20130011
9. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):1000-7. doi: 10.1590/0034-7167.2014670620
10. Frank BRB, Toso BRGO, Viera CS, Guimarães ATB, Caldeira S. Construção e validação de instrumento avaliativo de programa público de saúde materno-infantil. *Ciênc Cuid Saude*. 2016;15(1):27-35. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v15i1.28016
11. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):181-6. doi: 10.5935/1414-8145.20150025
12. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, et al. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2(CD007622). doi: 10.1002/14651858.CD007622.pub3
13. Costa FJLS, Camara JT, Costa KR, Serejo ECS, Pedrosa AO, Lima AKA. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2016;8(2):4563-86. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4563-4586
14. Oliveira LFM, Davim RMB, Alves ESRC, Rodrigues ESRC, Nóbrega MF, Torquato JA. Vivência de puérperas adolescentes quanto à gravidez e trabalho de parto. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(2):395-406. doi: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201603
15. Melo MM, Soares MBO, Silva SR. Orientações recebidas por gestantes adolescentes durante o pré-natal. *Ciênc Cuid Saude*. 2015;14(3):1323-29. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v14i3.24503
16. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no nordeste brasileiro com o título de hospital amigo da criança. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(2):281-90. doi: 10.5123/s1679-49742016000200007
17. Carr SM, Lhussier M, Forster N, Geddes L, Deane K, Pennington M, et al. An evidence synthesis of qualitative and quantitative research on component intervention techniques, effectiveness, cost-effectiveness, equity and acceptability of different versions of health-related lifestyle advisor role in improving health. *Health Technol Assess*. 2011;15(9). doi: 10.3310/hta15090
18. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1Suppl):85-100. doi: 10.1590/0102-311X00126013
19. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl):192-207. doi: 10.1590/0102-311X00133213
20. Fucks IS, Soares MC, Kerber NPC, Meincke SMK, Escobal APL, Bordignon SS. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Av enferm*. 2015;33(1):29-37. doi: 10.15446/av.enferm.v33n1.47371

21. Uchoa JL, Rodrigues AP, Joventino ES, Almeida PC, Oriá MOB, Ximenes LB. Au-toeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):10-20. doi: 10.5902/2179769217687
 22. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Inter-ventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(CD001688). doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub3
 23. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;12(CD006425). doi: 10.1002/14651858.CD006425.pub2
 24. Mesquita-Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(7):2033-46. doi: 10.1590/1413-81232014197.17322013
 25. Oliveira VBCA, Veríssimo MR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):30-6. doi: 10.1590/S0080-6234201500001000
 26. Vargas GS, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, Souza RMP, Guerra JVV. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. *Rev baiana enferm*. 2016;30(2):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.14848>
 27. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil: revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(1):122-31. doi: 10.1016/j.rppede.2015.12.002
 28. Oliveira MFS, Martinez EZ, Rocha JSY. Fatores associados à cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(6):906-15. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005284
 29. Silva DI, Verissimo MR, Mazza VA. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. *Rev bras crescimento desen-volv hum*. 2015;25(1):11-8. doi: 10.7322/JHGD.96760.
 30. Mohamed SA, Mohamed AG, Arief AF. Women Satisfaction with Family Planning Services in Maternal and Child Health Centers, Assiut City, Egypt. *Am J Nurs Res*. 2017;5(3):79-85. doi: 10.12691/ajnr-5-3-2
 31. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Silva PM, Walty CMRF. A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulações da gestão, ensino e assistência. *Esc Anna Nery*. 2013;17(4):713-20. doi: 10.5935/1414-8145.20130016
 32. Peckham S, Falconer J, Gillam S, Hann A, Kendall S, Nanchahal K, et al. The organization and delivery of health improvement in general practice and primary care: a scoping study. *Health Serv Delivery Res*. 2015;3(29). doi: 10.3310/hsdr03290
-