

Maiky José de Oliveira

**Implementação de assistência puerperal em área de cobertura
de uma equipe de estratégia de saúde da família
do município de Cacoal, Rondônia**

**Porto Velho
2019**

Maiky José de Oliveira

**Implementação de assistência puerperal em área de cobertura
de uma equipe de estratégia de saúde da família
do município de Cacoal, Rondônia**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Janne Cavalcante Monteiro

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

**Porto Velho
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

O482i Oliveira, Maiky José de.

IMPLEMENTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PUERPERAL EM ÁREA DE
COBERTURA DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE CACOAL, RONDÔNIA / Maiky José de Oliveira. – Porto
Velho, RO, 2019.

64 f.

Orientador(a): Prof.ª Dra. Janne Cavalcante Monteiro

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação
Universidade Federal de Rondônia

1. Saúde da Mulher. 2. Puerpério. 3. Saúde da Família. I. Monteiro, Janne
Cavalcante. II. Título.

CDU 618.2

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça

CRB 11/905

Maiky José de Oliveira

Dissertação nº 04/2019

Implementação de assistência puerperal em área de cobertura de uma equipe de estratégia de saúde da família do município de Cacoal, Rondônia

Dissertação apresentada em 29/04/2019, às 15h, ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, área de concentração em Saúde da Família, linha de pesquisa em Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis, da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR/ProfSaúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. O candidato foi arguido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo citados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.

Prof. Dr. Alex Miranda Rodrigues
(Membro Externo Titular)
IFES

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Escobar
(Membro Titular/PROFSAÚDE)
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR

Prof. Dr. Rodolfo Luis Korte
(Membro Externo Suplente)
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR

Prof. Dr. José Odair Ferrari
(Membro Titular/*PROFSÚDE*)
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR

Prof^a. Dr^a. Katia Fernanda Alves Moreira
Coordenadora PROFSAÚDE/UNIR

Porto Velho, 29/04/2019.

*Este trabalho é dedicado às pessoas
que sempre estiveram ao meu lado
pelos caminhos da vida,
me acompanhando, apoiando e, principalmente,
acreditando em mim:
meus pais, José Ernesto e Maria Onélia;
minha esposa, Gizeli;
minha filha, Ana Beatriz.
A todos que, de alguma forma, tornaram este caminho
mais fácil de ser percorrido.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que iluminou meu caminho durante esta caminhada.

A minha família, pelo incentivo e colaboração, principalmente nos momentos de dificuldade.

A minha orientadora, Dra. Janne Cavalcante Monteiro, pela confiança em mim depositada desde o início do Mestrado, pelos incentivos, ensinamentos e suporte fornecido para a execução deste trabalho.

Aos professores do Mestrado, com os quais tive a honra de poder compartilhar conhecimentos, seja durante as disciplinas cursadas ou mesmo nas conversas em sala de aula.

A toda a equipe da Universidade Federal de Rondônia, da Fundação Oswaldo Cruz e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, pelo incentivo e investimento na educação dos profissionais da saúde e pela oportunidade da realização do Mestrado.

Aos amigos e colegas que fizeram parte da minha formação, pelo incentivo e apoio constantes.

A toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol, pelo empenho e ajuda na realização da implementação da assistência puerperal.

Aos pacientes e famílias, que foram motivadores do projeto.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação.

Muito obrigado.

*O conhecimento-emancipação privilegia o próximo
como forma de conceber e compreender o real,
mesmo que o real seja o global ou o futuro.
Só a ligação à proximidade,
mesmo a uma proximidade nova e desconhecida,
pode conduzir ao reencantamento do mundo.*

Boaventura Sousa Santos (2004, p. 115).

RESUMO

O puerpério é o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto retornam às condições prévias anteriores à gestação. Durante o puerpério, são vivenciadas transformações biológicas, psicológicas e socioculturais, com forte impacto na saúde da mulher e em sua qualidade de vida, assim como podem ocorrer algumas complicações que implicam em significativa morbimortalidade. Nesse período, compete aos serviços de Estratégia de Saúde da Família integrar o conhecimento técnico e a capacidade de acolhimento para detectar mudanças físicas e emocionais precocemente, prevenir e tratar doenças, bem como apoiar a puérpera na reorganização psicossocial. Durante a análise situacional realizada na Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol, constatou-se que a equipe não aderiu aos protocolos estabelecidos para a assistência puerperal, realizando-a de forma assistemática. Por esse motivo, elaborou-se um projeto de intervenção não controlado na área coberta pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol, do município de Cacoal, Rondônia, no período de 30 de janeiro a 24 de outubro de 2018, com o objetivo de implementar a assistência puerperal, visando acompanhamento domiciliar multiprofissional às puérperas da área de cobertura. Para tanto, realizou-se capacitação da equipe por meio da metodologia ativa da simulação realística assistência domiciliar multiprofissional, com identificação de situações de risco ou intercorrências. Durante a implementação, produziu-se uma planilha para avaliação e monitoramento das gestantes e puérperas, na qual foram cadastradas 25 gestantes da área coberta pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol e 49 gestantes de áreas descobertas. As 25 gestantes da área coberta evoluíram para o parto, sendo que 21 (84%) receberam assistência puerperal domiciliar. Do total de assistências, 14 (66,67%) aconteceram no puerpério imediato e sete (33,33%) ocorreram no puerpério tardio. Ressalta-se a ampliação da assistência para áreas descobertas em que, do total de 49 gestantes cadastradas, 32 evoluíram para parto no período, porém apenas 22 (68,75%) permaneceram na área de abrangência da unidade de saúde. Destas, 16 (72%) receberam a primeira assistência puerperal em domicílio no pós-parto imediato e seis (28%) receberam a primeira assistência puerperal na unidade e no pós-parto tardio. No que se refere ao processo de capacitação da equipe para a organização do trabalho, na primeira capacitação, sete profissionais participaram da simulação realística, representando 87,5% da equipe capacitada; na segunda capacitação, seis profissionais participaram da atividade (75%). Vale salientar que, apesar da necessidade do monitoramento e organização do processo de trabalho, a ausência de veículo para transporte da equipe foi determinante para a não realização das visitas no período ideal. Outro entrave foi a mudança temporária ou definitiva das puérperas para bairros fora da área de abrangência. No processo de capacitação, uma fragilidade encontrada foi a fragmentação da equipe durante o efetivação do projeto. Ainda assim, a implementação revelou resultados satisfatórios, evidenciados quantitativamente e nas verbalizações das puérperas e profissionais da equipe. Salienta-se, ainda, a relevância do aprimoramento técnico-científico pessoal obtido durante a implementação da assistência puerperal e durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Palavras-Chave: Saúde da Mulher; Puerpério; Saúde da Família.

ABSTRACT

The puerperium is the period of the pregnancy-puerperal cycle in which the local and systemic changes caused by pregnancy and childbirth return to pre-pregnancy conditions. During the puerperium, biological, psychological and socio-cultural transformations are experienced, with a strong impact on women's health and their quality of life, as well as some complications that may lead to significant morbidity and mortality. During this period it is the responsibility of the family health strategy services to integrate the technical knowledge and the capacity of reception, to detect early physical and emotional changes, to prevent and treat diseases, as well as to support the puerpera in the psychosocial reorganization. During the situational analysis carried out in the Vilage do Sol Family Health Strategy, it was verified that the team did not adhere to the established protocols for puerperal care, performing it in an unsystematic way. In this sense, an uncontrolled intervention project was developed in the covered area of the Vilage do Sol Family Health Strategy Team, in the municipality of Cacoal, Rondônia, from January 30 to October 24, 2018, with the objective of implementing the puerperal care, aiming at multiprofessional home care for the puerperal women in the coverage area. For the implementation, the team was trained through the active methodology of realistic simulation, multiprofessional home assistance with identification of risk situations or interurrences. During the implementation, a spreadsheet for evaluation and monitoring of pregnant women and puerperal women was produced. In the spreadsheet, 25 pregnant women from the Vilage do Sol Family Health Strategy Team and 49 pregnant women from covered areas were registered. During the implementation period, 25 pregnant women from the covered area evolved into childbirth, of which 21 (84%) received puerperal care at home. Of all the attendances, 14 (66.67%) occurred in the immediate puerperium and seven (33.33%) occurred in the late puerperium. It is worth mentioning the increase in the assistance to areas discovered in which 32 of the total number of pregnant women registered 32, but only 22 (68.75%) remained in the area covered by the health unit. Of these, 16 (72%) received the first postpartum care in the immediate postpartum and six (28%) received the first puerperal care in the unit and in the late postpartum period. With regard to the team qualification process for the organization of the work process, it was observed that in the first training, seven team professionals participated in the realistic simulation, representing 87.5% of the trained team. In the second training six professionals participated in the activity (75%). It is noteworthy that despite the monitoring and organization of the work process, the absence of vehicle for transportation of the team was determinant for not carrying out the visits in the ideal period. Another barrier was the temporary or permanent change of puerperae to neighborhoods outside the area of coverage. In the capacity building process, the fragmentation of the team during project implementation is highlighted as fragility. Even so, the implementation revealed satisfactory results, quantitatively evidenced and in the verbalizations of the puerperal and team professionals. It is also highlighted the relevance of personal scientific technical improvement obtained during the implementation of puerperal care and during the Professional Master's Degree in Family Health.

Keywords: Women's Health; Puerperium; Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PEC	Prontuário Eletrônico Cidadão
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 PUERPÉRIO	15
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE	18
2.3 SIMULAÇÃO REALÍSTICA	19
3 ANÁLISE SITUACIONAL - CENÁRIO DE INTERVENÇÃO	21
3.1 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	22
4 METODOLOGIA	23
4.1 TIPO DE ESTUDO	23
4.2 CENÁRIO DE INTERVENÇÃO	23
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	24
4.4 ETAPAS	24
4.5 RESULTADOS ESPERADOS	25
4.6 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO	25
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	25
4.7.1 Riscos	26
4.7.2 Benefícios	26
4.8 METAS	26
4.9 COLETA DE DADOS	27
4.10 TRATAMENTO DOS DADOS	27
4.11 PLANO DE AÇÃO	29
4.12 ACOMPANHAMENTO E INDICADORES DE AVALIAÇÃO	32
5 IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	33
5.1 INICIANDO A TRAJETÓRIA: O PRIMEIRO ENCONTRO	33
5.2 AS CAPACITAÇÕES	33
5.2.1 Primeira simulação realística	34

5.2.2 Segunda simulação realística.....	36
5.3 O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES.....	38
5.4 ASSISTÊNCIA PUERPERAL E AS VISITAS DOMICILARES	39
5.5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO	40
5.6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS PARA OS GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
6.1 ASSISTÊNCIA PUERPERAL E PUERICULTURA.....	42
6.1.1 Assistência puerperal e puericultura na área coberta	42
6.1.2 Assistência puerperal e puericultura na área descoberta.....	43
6.1.3 Percepções das usuárias sobre a assistência puerperal domiciliar	44
6.1.4 Percepções das usuárias sobre os agentes comunitárias de saúde	45
6.2 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE.....	47
6.2.1 Percepções da equipe sobre educação permanente.....	48
6.2.2 Percepções das agentes comunitárias de saúde sobre processo de trabalho	49
6.2.3 Percepções da equipe sobre infraestrutura e recursos humanos	50
7 CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PUERPERAL.....	60
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR	61
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61
APÊNDICE D - TERMO DE ASSENTIMENTO	63
APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO.....	64

1 INTRODUÇÃO

Conceitua-se puerpério como o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações provocadas pela gestação e parto, no organismo materno, retornam à situação do estado pré-gravídico. Didaticamente, o puerpério pode ser dividido em três períodos: imediato (1º ao 10º dia); tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (LIMA, 2009).

Durante o puerpério, a mulher vivencia transformações biológicas, psicológicas e socioculturais, com forte impacto em sua saúde e qualidade de vida. O processo é fisiológico, porém algumas complicações podem ocorrer, constituindo fator de risco de morbimortalidade (WELCH, 2008; CABRAL, 2010; LIMA, 2009).

Nesse período, convém aos serviços de saúde integrar o conhecimento técnico e a capacidade de acolhimento para detectar mudanças físicas e emocionais precocemente, prevenir e tratar doenças, bem como apoiar a puérpera no sentido de reorganização mental, principalmente nos aspectos relacionados ao vínculo com o bebê, aleitamento materno, mudanças corporais, sexualidade e contracepção. É um momento privilegiado para a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) priorizar as demandas das mulheres, contemplar ansiedades e necessidades (SILVA, 2010; WELCH, 2008).

O Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, instituiu, em 2001, a Rede Cegonha (COUTINHO, 2017).

Como parte da integralidade no Sistema Único de Saúde, a saúde materno-infantil é uma das áreas básicas de atuação da Estratégia Saúde da Família. Tendo em vista que as situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, em boa parte, acontecem na primeira semana após o parto, a visita domiciliar à mulher e ao recém-nascido e a presença destes no serviço de saúde devem acontecer no mesmo período. Logo, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família devem estar atentos e preparados para promover atenção ao binômio mãe-filho no pós-parto imediato (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012).

A consulta puerperal tem baixa frequência na atenção primária à saúde. Entre os principais aspectos que podem ser apontados como entraves para o não comparecimento da mulher nas consultas de puerpérios destacam-se a falta de orientação durante o pré-natal, a ideia de que somente a criança necessita de atendimento ao nascer, a ausência de busca ativa das

puérperas, a falta de registro nos prontuários e a estrutura inadequada dos serviços de saúde para atender a demanda por consultas pós-parto (CORRÊA, 2017; CARLETO, 2015).

Os membros das equipes de Estratégia de Saúde da Família necessitam de qualificação para o cuidado puerperal, incluindo-se o conhecimento técnico-científico e habilidades de acolhimento e comunicação. É necessária, também, uma reorganização do processo de trabalho, do planejamento de ações e inclusão de atividades estratégicas na área assistida (ALMEIDA, 2014; CORRÊA, 2017).

É importante realizar ações de educação em saúde com a população, a fim de orientar e estimular o autocuidado, para que as pessoas se tornem agentes ativos e envolvidos nas decisões que envolvam a sua saúde. Logo, emerge a necessidade de refletir sobre as práticas assistenciais no puerpério, como também instigar os profissionais de saúde a vivenciarem a prática educativa como estratégia de promoção da saúde indispensável a esse importante período da vida da mulher.

Considerando-se o exposto, o presente trabalho se pautou na seguinte problemática: a Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol, do município de Cacoal, em Rondônia, realizava acompanhamento pré-natal de aproximadamente 25 gestantes da área de cobertura e 49 gestantes provenientes de áreas descobertas no primeiro trimestre de 2018. Aspectos multifatoriais que incluíam falha no processo de trabalho da equipe contribuíam para a ausência de uma assistência puerperal suficiente e efetiva, prejudicando o estabelecimento de vínculo das pacientes e dos recém-nascidos com a unidade. Além disso, havia falhas de identificação e notificação de agravos relacionados à saúde da puérpera.

Durante as consultas de pré-natal, a equipe realizava cuidados e educação em saúde com foco nas intercorrências da gestação e orientações sobre o parto vaginal. Quanto às informações sobre o puerpério, centralizava apenas orientações sobre a amamentação, não sendo abordados aspectos relacionados à saúde mental, complicações, relação mãe-filho e planejamento familiar.

Destacava-se também uma falta de integração entre as redes de saúde do município. Nesse sentido, após a alta da maternidade, o serviço de referência não informava à UBS sobre o retorno da puérpera à área de abrangência. Além disso, a busca ativa também não era realizada pelas agentes comunitárias de saúde e as puérperas não recebiam assistência domiciliar na primeira semana após o parto.

A equipe da ESF Vilage do Sol não seguia os protocolos estabelecidos para a assistência puerperal, realizando-a de forma assistemática. As pacientes procuravam atendimento ambulatorial para avaliação do recém-nascido e não para avaliação de sua saúde propriamente

dita. Na oportunidade, a equipe avaliava as condições de saúde da mãe e do lactente e finalizava o pré-natal no prontuário físico. As consultas, em sua maioria, são realizadas entre 30 e 50 dias após o parto e, geralmente, são consultas únicas.

Com base nesses fatos, tornou-se necessária a implementação de melhorias efetivas da assistência puerperal pela ESF Vilage do Sol. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Implementar a assistência puerperal, visando o acompanhamento domiciliar multiprofissional às gestantes da área coberta pela equipe de Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol.

Objetivos específicos

- Realizar ações de educação para qualificar a equipe na assistência ao puerpério;
- Realizar assistência domiciliar multiprofissional às puérperas no pós-parto imediato;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.

A implementação de melhorias propostas à equipe de ESF Vilage do Sol se justifica com base no fato de que a assistência à mulher no período puerperal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pode apresentar-se, regionalmente, de forma precária, considerando-se que as mulheres saem - por ocasião da alta hospitalar, vinte quatro a quarenta e oito horas após o parto - e não retornam ao serviço de saúde ou sequer são acompanhadas por profissionais nesse período (SANTOS, 2014).

Nesse contexto, na Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol, a assistência puerperal era assistemática, com atendimentos ambulatoriais e de demanda espontânea, não integrada ao processo de trabalho da equipe de saúde. O Ministério da Saúde preconiza ações e estratégias de assistência puerperal na atenção básica, as quais devem ser contempladas nos diversos serviços, porém ainda pouco realizadas na equipe da ESF Vilage do Sol.

Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada nº 36 de 2008, os recursos humanos que atuam nos setores de atendimento ao recém-nascido, gestante e/ou puérpera deverão atender a princípios de humanização, qualidade e intervenção, tendo como uma das metas a redução da mortalidade materna e infantil.

O puerpério representa uma fase que gera insegurança materna e há riscos de intercorrências para a mãe e também para o recém-nascido. É essencial que a equipe tenha sensibilidade para identificar quais são as necessidades da puérpera, principalmente na primeira semana após o parto e em ambiente domiciliar. A realização da assistência adequada requer capacitação e educação continuada da equipe, favorecendo o estabelecimento de condutas e ações estratégicas pertinentes.

A intervenção propõe implementar a assistência puerperal, favorecendo o estabelecimento de vínculo entre equipe e família, propiciando a longitudinalidade do cuidado. Além disso, há a possibilidade de identificação de causas precoces de morbimortalidade materno-infantil.

Tendo em vista a dificuldade da adesão à consulta puerperal pelas pacientes e a sistematização da assistência puerperal, evidenciou-se a necessidade e a justificativa de se estabelecer uma implementação assistencial para reverter essa lacuna assistencial.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 PUERPÉRIO

O puerpério é o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam às condições vigentes antes da gravidez. As transformações que se iniciam no puerpério, acontecem nos aspectos físicos e emocionais (LIMA, 2009; FEBRASGO, 2010).

O período puerperal inicia-se com a dequitação da placenta e tem seu término variável, tendo em vista que, enquanto a mulher estiver amamentando, ela estará sofrendo modificações da gestação (FILHO, 2006). Resende (2010) propõe a seguinte divisão para o puerpério:

Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: Imediato (1º ao 10º dia) onde prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas na gravidez, notadamente da genitália, ao lado de alterações gerais e, sobretudo endócrinas. Tardio (11º ao 45º dia) é o período de transição onde continua a recuperação genital, no entanto numa velocidade menor, e onde a lactação começa a influenciar o organismo. Remoto (além do 45º dia) é o período de duração imprecisa, dependente da amamentação (REZENDE, 2010 p. 224).

Alguns aspectos históricos refletem na assistência puerperal atual. No início do século XX, a assistência à saúde da mulher era precária, sendo oferecidos apenas alguns procedimentos durante a gravidez. Após reivindicação do movimento feminista, implantou-se, em 1983, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), priorizando a atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2009).

Dentro do PAISM, inseriu-se a proposta de abordar a mulher como um sujeito de cuidado, que deve ser percebida e assistida em sua singularidade, e não apenas nos aspectos biológicos. Nesse sentido, consideram-se as dimensões sociais, econômicas, histórica, política e cultural (HOFFMANN, 2008).

A partir da necessidade de estabelecer novo paradigma assistencial obstétrico e perinatal, instituiu-se o Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN), um importante instrumento para a organização e estruturação do atendimento às gestantes (SERRUYA, 2004).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) definiu a atenção à saúde da mulher como uma das sete áreas estratégicas para atuação das equipes de Estratégia de Saúde da

Família, sendo ratificada no Pacto pela Saúde. Nesse sentido, os profissionais devem estar atentos e qualificados para promover atenção à mulher em todos os seus estágios de vida (BRASIL, 2006).

Em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, visando implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito de planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gestação, parto e puerpério, bem como de proporcionar às crianças um nascimento seguro e um crescimento e desenvolvimento saudável (GUERRA, 2016).

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI), na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos, com intuito de reduzir a mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2012).

Uma vez que as situações de morbidade e mortalidade materno-infantil acontecem, em maioria, na primeira semana após o parto, a visita domiciliar à mulher e ao recém-nascido deve ser realizada pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família neste período (BRASIL, 2012).

Para Martins (2000), durante a visita domiciliar é possível identificar os problemas e dificuldades de ordem biológica, bem como psicossociais, responsáveis pela morbimortalidade da mulher, a exemplo de patologias mamárias, hemorragias, infecções, transtornos psiquiátricos, entre outras.

A prática de amamentar é uma experiência que envolve uma série de fatores maternos e outros relacionados ao recém-nascido. Entre esses fatores destacam-se as intercorrências mamárias, que têm início especialmente no puerpério imediato e que representam causas de morbidade materna, bem como o abandono precoce da amamentação. As principais intercorrências mamárias no período puerperal são: ingurgitamento mamário, mastite, fissuras, hipogalactia e abscessos mamários (CASTRO, 2009; REZENDE, 2010).

Durante o período puerperal, a nutriz deve ser orientada e acompanhada sobre a suas dificuldades, evitando que obstáculos psicológicos e físicos influenciem no abandono do aleitamento materno (ANDRADE, 2015).

Ainda discorrendo sobre intercorrências do período puerperal, as hemorragias puerperais são perdas sanguíneas persistentes ou recorrentes, representando uma das causas de mortalidade materna. Frequentemente estão relacionadas a restos placentários e, sendo assim, é essencial a avaliação do períneo, dos genitais externos e das características dos lóquios (BARROS, 2016).

Destaca-se, também, a infecção puerperal, predominantemente originada no aparelho genital, ocorrendo após o parto. Os principais agentes etiológicos são *Staphylococcus aureus* e *Estreptococo* dos grupos A e B. É caracterizada clinicamente por febre que se manifesta 24

horas após o parto ou ainda como dois episódios de febre dentre os primeiros 10 dias do pós-parto. Associam-se ao quadro: calafrios, útero sensível, aumentado de volume e amolecido e lóquios com secreção purulenta (NEME, 2005).

Ressalte-se que o puerpério é um período de maior probabilidade para o surgimento de transtornos psiquiátricos, afetando a saúde da puérpera e do recém-nascido, o que pode interferir nas relações familiares. Além disso, há risco de baixa adesão ao aleitamento materno e da negligência no autocuidado e do cuidado do lactente (GOMES, 2010).

Camacho (2006) elenca múltiplos fatores de risco envolvidos com as alterações no período de depressão pós-parto: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (puérpera ou seu cônjuge) e ausência ou pouco suporte social. Incluem-se ainda: a personalidade desorganizada, a espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, relações afetivas insatisfatórias, suporte emocional deficiente e abortamentos espontâneos ou de repetição.

Considerando-se as múltiplas singularidades do puerpério e possíveis intercorrências, a atenção à saúde da mulher no puerpério representa um momento congruente e primordial para o cuidado com o recém-nascido, pois possibilita a promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce de agravos ao lactente. Esse também é o momento para realizar captação precoce e intensificar o vínculo com a equipe, bem como estimular o aleitamento materno exclusivo e promover ações de crescimento e desenvolvimento (ANDRADE, 2015; MARTINS, 2000).

Soma-se, ainda, o planejamento familiar, que é outro aspecto importante a ser avaliado pela equipe de Saúde da Família no pós-parto. As medidas de planejamento familiar no puerpério representam uma estratégia fundamental para a saúde materno-infantil, pois previnem uma gestação não planejada e suas consequências, a exemplo do abandono da amamentação. Logo, o estabelecimento da assistência puerperal representa estratégia essencial para as práticas desenvolvidas na atenção básica (VIEIRA, 2008).

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE

A qualificação da atenção ao pré-natal, parto e puerpério deve sempre ser almejada, na perspectiva de garantir uma adequada condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos no processo assistencial estejam qualificados e conscientes da necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção. Nesse sentido, é essencial o aprimoramento permanente dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção à gestante e à puérpera, buscando reflexão crítica, propositiva e compromissada, bem como promover a integração dos diversos campos de saberes e práticas com a valorização do trabalho em equipe e da atuação interdisciplinar (COUTINHO *et al.*, 2017).

No contexto da importância da efetivação da assistência puerperal na atenção básica, percebe-se que o redirecionamento da atenção à saúde impõe, claramente, a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo dos profissionais, gestores e usuários, maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras. Nesse sentido, uma das estratégias é o desenvolvimento da educação permanente (ARCARI, 2014).

Destaca-se, ainda, para a educação permanente, a programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os entraves a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

A educação permanente deve preencher lacunas, oportunizando a transformação de práticas profissionais e a própria mudança no processo de trabalho. Logo, não basta apenas o processo de transmissão de conhecimento, pois este é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central. Nesse sentido, a metodologia ativa representa uma ferramenta estratégica para qualificação dos profissionais da atenção básica (BATISTA, 2011).

A metodologia ativa é uma concepção educativa a favor do processo de ensino-aprendizagem, podendo ser utilizada em experiências reais ou simuladas, objetivando a conscientização diante da complexidade dos fenômenos sociais envolvidos no estudo e, conseqüentemente, a resolução de problemas (BERBEL, 2012).

A metodologia ativa tem papel importante na qualificação dos profissionais da atenção básica, por auxiliar a integração entre a teoria e a prática, bem como o desenvolvimento de competências ainda inexploradas no conteúdo teórico, fomentando a qualificação de competências técnicas (SOUZA, 2018).

2.3 SIMULAÇÃO REALÍSTICA

No processo de aprendizagem ativa, a simulação apresenta um processo dinâmico, semelhante ao da realidade, utilizando variadas estratégias embasadas no ensino andragógico para obter resultados com retenção satisfatória. Além disso, possibilita integrar complexidades teóricas e práticas, preparando o profissional para o momento posterior de interação com a realidade (SOUZA, 2018).

A simulação é uma importante ferramenta de treinamento de competências, tendo em vista que propicia ao aprendiz atuar em ambiente protegido e controlado, sem complicadores presentes em situações reais. Além disso, permite a repetição do desempenho de uma tarefa inúmeras vezes, como também oportuniza *feedback* imediato, adequado e sistematizado, propiciando uma avaliação e reflexão (IGLESIAS, 2015).

O processo de simulação realística envolve uma fase de preparo e outra de aplicação. Na fase de preparo, o primeiro passo é a identificação e elaboração do conteúdo a ser transmitido. O conteúdo e seus objetivos devem ser claros, bem definidos e adequados ao nível de complexidade e autonomia do profissional participante. Ressaltam-se também a técnica e a estratégia de como o conteúdo será transmitido (QUILIC, 2012).

A fase de aplicação compreende o *briefing* ou *pré-briefing*, ação e *debriefing*. No *briefing* ocorre a apresentação da situação problema e as etapas da tarefa a ser realizada, devendo ser expostas de forma objetiva e sucinta, podendo-se utilizar cartazes para a consulta. A ação representa a tarefa prática sendo executada, sob observação do facilitador e pelos demais participantes, porém sem interferência ativa na simulação. Nesta fase, é fundamental que os observadores tenham máxima atenção ao cumprimento das etapas estabelecidas, de modo a facilitar o *feedback*. O término da simulação compreende o *debriefing* (PAZIN, 2007)

O *debriefing* é o momento onde ocorre o *feedback*. No contexto da educação na saúde, refere-se às informações que descrevem o desempenho dos profissionais em determinada situação, mostrando, objetivamente, os pontos fortes do desempenho e os pontos a evoluir.

Ressalta-se que sua efetividade é maior quando assertivo, respeitoso, descritivo e oportuno (ZEFERINO, 2007).

O ponto inicial do *debriefing* é o acolhimento, momento em que o facilitador deve reduzir a ansiedade dos participantes. Segue-se para a síntese e homogeneização do conteúdo observado pelos participantes e expectadores, discussão dos pontos positivos e pontos a serem melhorados pelo grupo, encerrando-se com o sumário das mensagens que o profissional poderá utilizar para aprimoramento (IGLESIAS, 2015).

A técnica do *debriefing* pode ser realizada nos seguintes estilos: com julgamento, sem julgamento ou com bom julgamento. No estilo com julgamento, o facilitador tem o monopólio do conhecimento, realizando *feedbacks* positivos e negativos direcionados, eficientes e transparentes para os participantes. No estilo com bom julgamento, o facilitador identifica um comportamento ou evento específico e estimula a reflexão e auto avaliação dos participantes por meio de questionamentos direcionados a respeito do evento. No estilo sem julgamento, são abertas questões pelo facilitador, porém sem direcionamento induzindo o participante a responder o que o mesmo está requerendo (BAHTEN *et al.*, 2015).

3 ANÁLISE SITUACIONAL - CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

O município de Cacoal está localizado na região norte brasileira, no estado de Rondônia. Apresenta uma área de 3.792,638 Km², uma população estimada de 87.877 habitantes e densidade demográfica de 23,17 habitantes/km² (IBGE, 2016). Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,718 (PNUD, 2010). Pertence à regional de saúde denominada Região do Café.

No que se refere às redes de assistência à saúde da mulher vinculadas ao Sistema Único de Saúde, o município possui um hospital materno infantil, um centro de atendimento à saúde da mulher e pré-natal de alto risco e oito unidades básicas de saúde.

De acordo com informações do DATASUS (2014), o número de mulheres no município de Cacoal corresponde à 51,2% da população (44.393 mulheres). Conforme as Informações da Ficha A (2015) da ESF Vilage do Sol, a área adscrita possui 2145 pessoas, sendo 610 mulheres entre 10 e 59 anos.

Dados do e-SUS AB revelam que, no ano de 2015, foram realizadas 224 consultas de pré-natal na ESF Vilage do Sol. No entanto, as consultas de puerpério somaram apenas 21 atendimentos. Em 2016, a equipe realizou 289 consultas de pré-natal e 15 consultas puerperais. No período de janeiro a agosto de 2017, foram realizadas pela equipe 481 consultas de pré-natal e 36 consultas puerperais. Ressalta-se que todas as consultas puerperais aconteceram nas dependências da unidade básica, por demanda espontânea e sem seguimento continuado. Não foi possível identificar o período do puerpério em que as pacientes se encontravam.

O registro do SINAM aponta notificação de casos de sífilis em gestantes na área de intervenção, sendo um caso de sífilis em 2014, um caso em 2015, dois casos em 2016 e, até o mês de agosto de 2017, três casos. A respeito da sífilis congênita, dados do SINAM revelaram, no ano de 2014, quatro casos no município de Cacoal e um caso em 2016. No bairro Vilage do Sol, foi notificado um caso em 2014 e um no ano de 2016.

Dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e vigilância epidemiológica do município de Cacoal demonstram que o local de residência dos nascidos vivos de mães residentes em Cacoal com maior número de nascimentos foi o bairro Vilage do Sol, com 99 nascimentos.

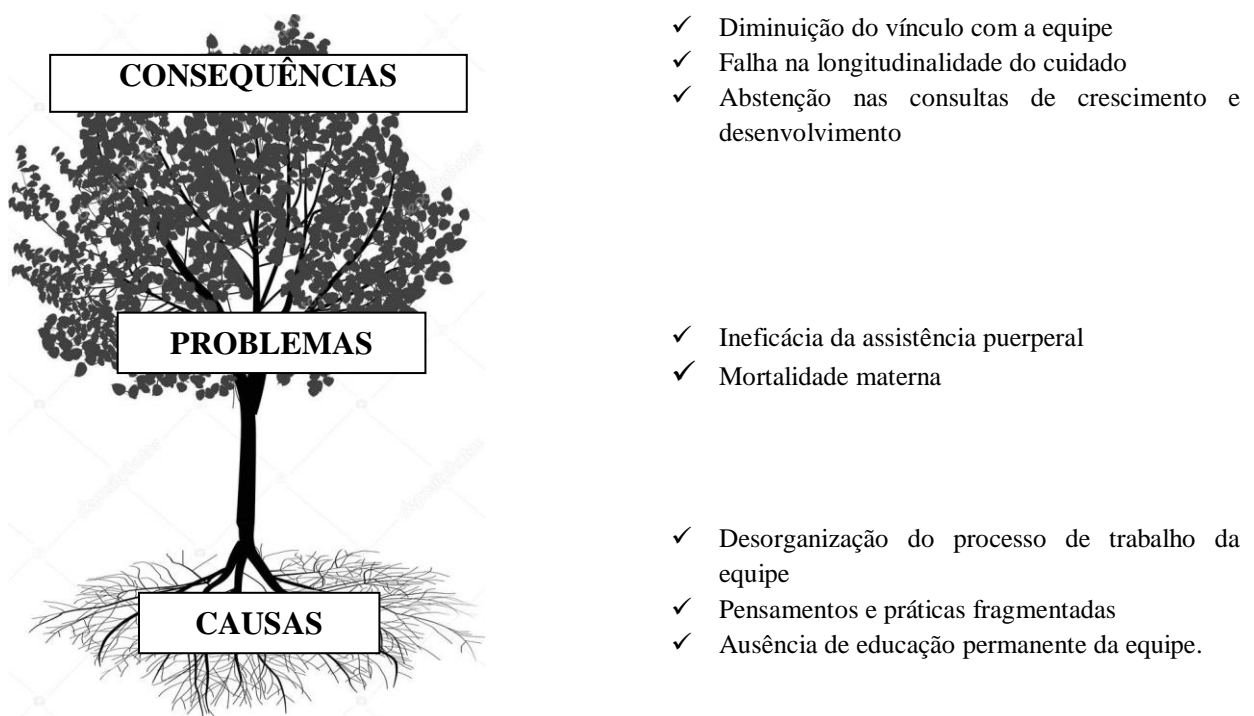
De acordo com dados do Sistema de Mortalidade (2017), o número de óbitos maternos por causas obstétricas diretas no Brasil foram: 1155 casos em 2015, 1120 casos em 2016 e 1000 casos em 2017. Na Região Norte, 153 casos em 2015, 166 casos em 2016 e 153 casos em 2017.

No Estado de Rondônia, nove casos em 2015, 12 casos em 2016 e 14 casos em 2017. No município de Cacoal, nenhum caso em 2015, um caso em 2016, sendo este caso do Bairro Vilage do Sol, e em 2017 nenhum caso foi registrado.

3.1 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

A priorização dos problemas foi realizada através da árvore de problemas e nós críticos, conforme representado na Figura 1:

Figura 1 - Árvore explicativa dos problemas relacionados à assistência puerperal na Equipe de Estratégia de Saúde da Família do Bairro Vilage do Sol no município de Cacoal/RO, 2017



Fonte: ESF Vilage do Sol (2017)

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo projeto de intervenção não controlado, onde todos os participantes recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e em vários momentos após o tratamento (ESCOSTEGUY, 2009).

Campos, Faria e Santos (2010) afirmam que os projetos de intervenção facilitam o planejamento de ações necessárias para atingir os resultados esperados. A partir de identificação de problemas, serão elencadas suas principais causas modificáveis, descritas na forma de nós críticos.

4.2 CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

O projeto foi executado na área coberta da Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol, no período de janeiro a setembro de 2018.

A Unidade Básica de Saúde Vilage do Sol está localizada na rua Antônio Sergio Gomes Barbosa, 3257, bairro Vilage do Sol I, Cacoal/RO. O seu horário de funcionamento é das 07:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira. A respeito da estrutura física, a unidade possui três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala de procedimentos, um consultório odontológico, uma farmácia, uma sala de triagem, dois banheiros para usuários e dois banheiros para profissionais, uma sala de gerência, uma sala de esterilização, uma cozinha, e uma lavanderia. Não possui sala de vacina e sala de observação.

Na unidade existe uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família denominada ESF Vilage do Sol, além de um médico sem equipe. Ambos os médicos são provenientes do Projeto do Governo Federal Mais Médicos. Na UBS também é realizado estágio de alunos do curso de Medicina de uma instituição privada.

A equipe Vilage do Sol é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal. Possui também quatro agentes comunitários de saúde, cobrindo uma população de 2895 pessoas (e-SUS AB).

Embora haja o cadastro de usuários no sistema e-SUS AB, a unidade não dispõe do módulo Prontuário Eletrônico do Cidadão. Os atendimentos são registrados em prontuário físico e as informações são registradas no e-SUS módulo CDS, isto é, *off-line*. As informações são coletadas mensalmente por um técnico de informática, para a geração de dados do município.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Todas as gestantes que pertenciam à área coberta da ESF Vilage do Sol e estavam realizando pré-natal com a equipe foram incluídas no projeto, excluídas aquelas que mudaram para fora da área de cobertura após o parto. São também sujeitos deste estudo os membros da Equipe de Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol.

4.4 ETAPAS

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, foram instituídas, sequencialmente, as seguintes etapas:

I - Apresentação do projeto para a equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol;

II - Capacitação da equipe multiprofissional por meio da metodologia ativa de simulação de cenários relacionados a atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal nas seguintes etapas:

- a) *Briefing*: apresentação do problema, conscientizando os passos da tarefa a ser realizada;
- b) *Ação*: realização da tarefa de forma prática;
- c) *Debriefing* estilo com bom julgamento: realização do acolhimento; síntese do cenário; discussão do cenário, iniciando com abordagem dos aspectos positivos e, posteriormente, os pontos a serem melhorados pelo grupo; encerramento com a apresentação dos objetivos e *feedback*.

III - Confecção de planilha em Excel® no computador da unidade básica saúde, contendo duas abas. A primeira aba com as seguintes informações: número do prontuário, nome da gestante, endereço, telefone, estado civil, índice de massa corporal, agente de saúde da microárea, tipo sanguíneo, data da última menstruação, data provável do parto e colunas para atualizar as consultas de pré-natal. A segunda aba foi utilizada para transferência das informações sobre a gestante, contidas na primeira aba. A transferência foi realizada após a consulta puerperal, com objetivo de avaliação e monitoramento dos resultados.

IV - Cadastramento de gestantes da área coberta da Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol na planilha;

V - Atualização semanal da planilha com as consultas de pré-natal realizadas pelo médico e enfermeiro da equipe;

VI - Avaliação periódica semanal da planilha para identificação de gestantes faltantes nas consultas de pré-natal ou próximas do termo.

VII - Realização de contato telefônico e/ou busca ativa de gestantes e puérperas pelas agentes comunitárias de saúde;

VII - Assistência domiciliar multiprofissional para as puérperas no pós-parto imediato, registrando informações em prontuário físico e em *checklist* (APÊNDICE A);

IX - Agendamento de consulta ambulatorial para reavaliação das puérperas em situações de risco, mas com possibilidade de demora permitida, bem como o agendamento de consultas de crescimento e desenvolvimento para os lactentes.

4.5 RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados compreendiam a implementação da assistência puerperal das gestantes em acompanhamento prévio de pré-natal com a equipe da área coberta da ESF Village do Sol no período de um ano. Além disso, priorizou-se a capacitação da equipe multiprofissional para a continuidade das ações de forma efetiva e duradoura.

4.6 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

O processo de avaliação da implementação da assistência puerperal se deu de modo contínuo, avaliando-se o número de assistências realizadas e o número de membros da ESF que participaram das capacitações, tendo como referência as metas propostas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Inicialmente, o projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal, a fim de solicitar a autorização para realização da pesquisa (APÊNDICE B) mediante assinatura

do gestor. Após, o foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia (CEP).

Os profissionais que aceitaram participar do estudo receberam informações a respeito da intervenção. Após os esclarecimentos sobre as etapas da intervenção, aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). O termo de assentimento (APÊNDICE D) foi utilizado em caso de gestantes menores de 18 anos, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo (a) responsável maior, ficando todos participantes cientes de que seus dados serão mantidos sob sigilo.

Vale salientar que as imagens dos participantes da pesquisa, entre fotos e documentos utilizados na presente Dissertação de Mestrado, poderão ser usadas em todos os demais produtos deste trabalho, bem como em todo e qualquer material desenvolvido pela Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, destinados à divulgação ao público em geral (APÊNDICE E).

4.7.1 Riscos

Não existiram riscos previsíveis durante a implementação da assistência puerperal. Considerando dúvidas e desconfortos mínimos, o pesquisador responsável esteve à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, garantindo o tratamento sigiloso para os dados da pesquisa. O participante poderia desistir da participação do projeto em qualquer etapa sem nenhum prejuízo.

4.7.2 Benefícios

Para cada participante, durante a assistência puerperal, foram esclarecidas dúvidas e realizadas orientações. As participantes não receberam remuneração pela participação na pesquisa ou ganhos secundários além dos previstos benefícios assistenciais puerperais.

4.8 METAS

- A) Realizar assistência puerperal de percentual maior ou igual a 90% das puérperas em acompanhamento prévio de pré-natal com a equipe da área coberta da ESF Vilage do Sol no período de 1 ano.
- B) Capacitar 100% da equipe multiprofissional para continuidade das ações após o término do projeto.

4.9 COLETA DOS DADOS

Os dados quantitativos foram coletados a partir das informações registradas na planilha de puerpério e das listas de presença das capacitações. Após a assistência puerperal, as informações da aba da planilha de pré-natal foram transferidas para a aba de puerpério. Na aba de puerpério foram registrados os seguintes dados: a data, o local e o período que a puérpera recebeu assistência (imediate ou tardio); a justificativa das assistências no pós-parto tardio e das puérperas que não receberam assistência. Para computar o número de participantes nas capacitações, utilizou-se uma folha de presença com o nome e a assinatura dos participantes.

Os dados qualitativos são oriundos de entrevistas individuais com questões abertas, além dos registros - em diário de bordo - acerca das percepções das puérperas e dos profissionais da equipe. Os depoimentos foram gravados individualmente.

Para as puérperas, foram feitos os seguintes questionamentos:

1 - O que você achou da assistência puerperal no domicílio?

2 - Você acha importante a visita do agente comunitário de saúde nas casas?

Para os profissionais da equipe foram feitas as seguintes perguntas:

3 - Qual a importância da capacitação da equipe?

4 - Você considera importante a realização de visita domiciliar para as puérperas?

5 - Quais dificuldades você identifica na implementação da assistência puerperal domiciliar?

4.10 TRATAMENTO DOS DADOS

Para o tratamento dos dados quantitativos, utilizou-se a frequência relativa simples e expresso em porcentagem.

Os dados qualitativos foram tratados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, tendo em vista que permite a análise dos depoimentos provenientes das perguntas abertas, agrupando os elementos-chave dos depoimentos de sentido semelhante em discursos-síntese, como se uma coletividade estivesse falando.

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica metodológica que permite o resgate das representações sociais significativas presentes na sociedade. Como procedimento, são feitas entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente. Os conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, por estarem redigidos na primeira pessoa do singular,

buscam produzir um efeito de coletividade, fazendo com que uma ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo mais desenvolvido (LEFÈVRE, LEFÈVRE e MARQUES, 2000).

O material verbal gravado foi posteriormente transcrito na íntegra para arquivo digital em formato de texto. Os depoimentos coletados foram tratados por meio do DSCsoft (software para o desenvolvimento de pesquisas quali-quantitativas, através da Metodologia do Discurso Coletivo), extraíndo-se os elementos-chave dos discursos e o pensamento coletivo utilizados para a discussão dos resultados.

4.11 PLANO DE AÇÃO

Problema:

- Ineficácia da assistência puerperal

Metas:

- Realizar assistência puerperal de percentual maior ou igual a 90% das puérperas em acompanhamento prévio de pré-natal com a equipe da área coberta da ESF Vilage do Sol no período de 1 ano;
- Capacitar 100% da equipe multiprofissional para continuidade das ações após o término do projeto.

N°	OBJETIVO	POR QUÊ	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO	QUANTO
01	Realizar ações de educação para qualificar a equipe na assistência ao puerpério.	Fragilidade do processo de trabalho da equipe em realizar assistência puerperal	1) Simulação de cenários relacionados à atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal.	- Médico - Enfermeira - Técnico de Enfermagem - ACS - Gerente da unidade básica de saúde - Recepcionista	Estratégia Saúde da Família Vilage do Sol	Simulações semestrais (janeiro e julho de 2018)	R\$ 0,00

(Continua na próxima página)

N°	OBJETIVO	POR QUÊ	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO	QUANTO
			2) Utilizar planilha em Excel® para cadastrar e acompanhar as gestantes/puérperas. 3) Busca ativa das puérperas egressas da maternidade. 4) Avaliação do processo de trabalho.	- Médico - Enfermeira - ACS	ESF Village do Sol e Domicílio	- A atualização da planilha e a busca ativa das puérperas será um processo contínuo. - A avaliação do processo de trabalho será realizada mensalmente nas reuniões da equipe.	R\$ 0,00
02	Realizar assistência domiciliar multiprofissional às puérperas no pós-parto imediato.	Avaliar condições de saúde do binômio mãe-filho e promover a longitudinalidade do cuidado.	1) Comparecer com a equipe no domicílio da puérpera no pós-parto imediato. 2) Avaliar as condições físicas e psicossociais da puérpera.	- Médico - Enfermeira - Odontólogo - ACS - Técnico de Enfermagem	Domicílio	Processo contínuo	R\$ 260,00

(Continua na próxima página)

N°	OBJETIVO	POR QUÊ	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO	QUANTO
			<ul style="list-style-type: none"> - Registrar as informações no prontuário e no <i>checklist</i> - Discussão de caso e realização de plano de ação dos casos em situação de risco 				
03	Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.	Avaliar condições de morbimortalidade materna e infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Sinais vitais e exame físico da puérpera e do lactente - Encaminhamento para referência ou retorno para acompanhamento ambulatorial 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico - Enfermeira - Odontólogo - ACS 	Domicílio	Processo contínuo	R\$ 0,00

Fonte: Elaboração do autor.

4.12 ACOMPANHAMENTO E INDICADORES DA AVALIAÇÃO

O acompanhamento foi realizado de forma permanente em todas as fases, com observação contínua do médico da ESF Vilage do Sol e apresentação mensal de resultados parciais para a equipe, com o número de assistências puerperais domiciliares realizadas.

A avaliação foi realizada a partir de análise dos indicadores elencados no Quadro 1:

Quadro 1 – Indicadores da Avaliação

Atividade	Indicadores de Progresso	Meios de Verificação
Qualificação da equipe	- De que maneira a equipe está conseguindo implementar a assistência ao pré-natal.	- Avaliar a compreensão dos membros da equipe sobre a assistência pré-natal e puerpério.
Assistência domiciliar no puerpério imediato	- Número de casos de assistência puerperal domiciliar realizados no pós-parto imediato.	- Registro do número de consultas puerperais no domicílio, utilizando informações da planilha de gestantes/puérperas.
Avaliação processual do trabalho da equipe	- Avaliar mensalmente se a assistência puerperal apresenta percentual maior ou igual a 90% das puérperas em acompanhamento prévio de pré-natal. - Avaliar mudanças no processo de trabalho da equipe.	- Discussão em grupo a partir dos dados da planilha e do processo de trabalho da equipe. -Registro das verbalizações da equipe e das puérperas, a partir de suas percepções do projeto.
Apresentação de resultados para a Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal	- Melhoria do processo de trabalho da equipe na atenção à saúde da mulher no período gravídico- puerperal. - Aumento no número das consultas com assistência puerperal domiciliar no pós-parto imediato.	- Relatório final com o resultado do número de assistências puerperais realizadas no domicílio e as mudanças no processo de trabalho da equipe.

Fonte: Elaboração do autor

5 IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

5.1 INICIANDO A TRAJETÓRIA: O PRIMEIRO ENCONTRO

O primeiro encontro foi realizado na sala de reuniões da Unidade Básica de Saúde Vilage do Sol. Participaram do encontro o médico proponente do estudo, enfermeiro, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol. Embora tenham sido convidados, os agentes de endemias não participaram. O odontólogo da equipe não participou da reunião, pois se encontrava em afastamento das atividades.

Na abertura do encontro, o médico informou que era aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e que observou, nessa demanda, uma oportunidade de mudanças no processo de trabalho da equipe que compõe. Por meio de material digital, demonstrou a análise situacional, a árvore de problemas e os nós críticos previamente identificados a respeito da assistência puerperal. Além disso, foram abordados o objetivo geral, os objetivos específicos e a metodologia. Para reforçar a importância da implementação da assistência puerperal, realizou-se uma exposição teórica sobre a assistência puerperal, referenciada no Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012b). Os tópicos abordados foram: atenção no puerpério, ações relacionadas à puérpera, ações relacionadas ao recém-nascido e consultas puerperais. No final, com o intuito de fortalecimento e integração da equipe, realizou-se uma confraternização.

5.2 AS CAPACITAÇÕES

As capacitações se basearam em metodologias ativas de ensino, sendo utilizadas simulações realísticas que reproduzem os aspectos essenciais de um cenário domiciliar no contexto clínico puerperal. Foram realizadas em duas fases: preparo e aplicação. A fase de aplicação foi realizada em três etapas, sendo a primeira o *briefing*, seguida pela ação e a terceira etapa o *debriefing* estilo com bom julgamento.

Realizaram-se duas simulações, sendo a primeira no mês de janeiro de 2018 e a segunda no mês de julho de 2018. Todas as simulações foram realizadas na sala de reunião da UBS Vilage do Sol. Participaram membros da equipe e alguns funcionários da UBS.

5.2.1 Primeira simulação realística

- **O objetivo**

O objetivo da simulação foi avaliar o processo de assistência puerperal e de puericultura nos aspectos de acolhimento, vínculo, avaliação clínica e abordagem psicossocial.

- **O cenário**

Criou-se um cenário domiciliar, com uma puérpera representada pela gerente da unidade básica de saúde, o esposo representado pelo recepcionista da unidade e uma boneca representando um recém-nascido do sexo feminino. Foi utilizada a sala de reunião da unidade de saúde para a montagem do cenário. No local, foi criado um quarto com maca, um berço portátil, cadeiras e uma mesa. Foram disponibilizados estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro, fita métrica, além do prontuário da gestante com algumas anotações fictícias, um cartão da criança com alguns registros e um formulário de avaliação puerperal elaborado para esta capacitação (Apêndice A).

Antes da execução, o cenário foi montado e testado. O tempo disponibilizado para o momento de ação foi de 20 minutos e para o *debriefing* 30 minutos.

Neste cenário tratava-se de uma mulher no puerpério imediato, que realizou consultas de pré-natal regularmente na unidade, sendo a primeira gestação do casal. Durante a gestação, não foram apresentadas intercorrências clínicas e obstétricas. A paciente não participou das ações de educação em saúde do grupo de gestantes. Era domiciliada em área com presença de agente comunitária de saúde. Foi realizado parto vaginal, com 39 semanas de gestação, sem intercorrências. Recebeu alta após 24 horas de internação e não apresentava contrarreferência da maternidade para a Estratégia de Saúde da Família. Por se tratar da primeira gestação e não ter participado do grupo de gestantes, a mulher apresentava dificuldade de amamentação, evoluindo com ingurgitamento das mamas. Para simular as mamas ingurgitadas, foram utilizadas próteses cedidas por uma instituição de ensino. O recém-nascido se encontrava em bom estado geral e com todos os sinais vitais preservados.

- **A execução**

Participaram da capacitação: o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol, além da gerente e do recepcionista da unidade básica de saúde. O odontólogo da equipe não participou da capacitação pois estava afastado das atividades.

Antes de iniciar a simulação, o facilitador saudou os participantes e realizou um “contrato de fixação”, orientando que se tratava de um cenário realístico e que os participantes deveriam realmente imergir numa experiência crível e eficaz.

Durante o *pré-briefing*, foi realizada a conscientização do problema e esclarecida a função de cada participante. Os passos foram apresentados, de forma clara e sucinta, por meio de um cartaz.

Na fase de ação, o facilitador e os outros agentes comunitários de saúde ficaram, como expectadores, em local que pudessem assistir, mas que não interferissem ativamente na simulação. Utilizou-se esse método tendo em vista a dificuldade de gravar a simulação.

Na execução, o agente comunitário entrou no domicílio, informando que a equipe precisava avaliar o recém-nascido e a puérpera. Cumprimentou a puérpera e o esposo. Enquanto o técnico de enfermagem avaliava os sinais vitais da puérpera, a enfermeira avaliava o cartão da gestante e anotava o resultado dos sinais vitais no formulário de avaliação. A enfermeira conversou com a puérpera a respeito de aspectos relacionados ao parto e sintomas atuais, além da amamentação. Após a conversa, avaliou as próteses mamárias e a altura uterina. Todas as informações foram registradas no formulário de avaliação puerperal. Para a avaliação do recém-nascido, a enfermeira criou um prontuário com o mesmo número da mãe, registrou informações contidas no cartão da criança e avaliou a situação vacinal. Após o registro, realizou a ectoscopia do recém-nascido, com foco na avaliação das mucosas. Além disso, avaliou a região umbilical e a genitália externa.

Após a avaliação, a enfermeira solicitou para a puérpera demonstrar a técnica de amamentação. Como identificou falha, orientou sobre a técnica correta e a importância do aleitamento materno exclusivo. Além disso, orientou sobre os cuidados com o recém-nascido e a importância das consultas de puericultura. A equipe encerrou o cenário despedindo-se da puérpera e seu esposo.

- **Reflexões da simulação**

Na avaliação da simulação, utilizou-se o *debriefing* estilo com bom julgamento. No início, o facilitador solicitou que um participante do cenário e um expectador realizassem um resumo da simulação, tendo em vista a necessidade de identificar divergências do cenário. Na sequência, os participantes foram estimulados a expor as reações, as dificuldades e as reflexões sobre a simulação, além da autoavaliação. Nessa fase, foram identificadas falhas no processo de trabalho, principalmente nos aspectos de monitoramento e avaliação, bem como no acolhimento. Além disso, foi abordada a dificuldade da contrarreferência da maternidade. Sobre os aspectos assistenciais, ressaltou-se a importância da abordagem psicossocial e da avaliação multidisciplinar. Ressaltou-se, também, a falta de adesão das gestantes aos grupos de educação em saúde.

No encerramento do *debriefing*, o facilitador explorou os *feedbacks* positivos e negativos dos participantes, reforçando aspectos relacionados ao acolhimento, à clínica ampliada, à abordagem psicossocial e à longitudinalidade do cuidado.

5.2.2 Segunda simulação realística

- **O objetivo**

O objetivo da simulação foi avaliar o monitoramento de puérperas e lactentes em condições de vulnerabilidade.

- **O cenário**

O cenário foi representado pela gerente da unidade. Tratava-se de uma puérpera no pós-parto imediato, que já havia recebido a assistência domiciliar. Durante a primeira visita da equipe, foram identificadas situações de vulnerabilidade social e, após discussão do caso, a agente comunitária de saúde da microárea ficou responsável pela monitorização da família. No domicílio encontravam-se somente a puérpera e o recém-nascido. O cenário foi montado na sala de reunião da unidade de saúde. No local, foi montado um quarto, com roupas e fraldas jogadas no chão e mamadeira suja com leite.

Antes da execução, o cenário foi montado e testado. O tempo disponibilizado para a ação foi de 15 minutos e 25 minutos para o *debriefing*.

- **A execução**

Participaram da capacitação o médico, quatro agentes comunitárias de saúde, o técnico de enfermagem e a gerente da unidade. A enfermeira da equipe foi transferida para um centro especializado e o odontólogo encontrava-se afastado das atividades.

Antes de iniciar a simulação, o facilitador recepcionou os participantes e realizou novamente o “contrato de fixação”, orientando que se tratava de um cenário realístico, que deveria ser desenvolvido da forma mais fidedigna possível.

Durante o *pré-briefing* foi apresentado o problema e esclarecida a função de cada participante. Os passos que cada participante deveriam desempenhar foram apresentados por meio de um cartaz.

Durante a execução, a agente comunitária entrou no domicílio, após autorização da puérpera, e questionou se havia algum problema ou se precisava de alguma ajuda. Após negativa da puérpera, a agente comunitária solicitou autorização para ver o bebê no quarto. Ao entrar no quarto, perguntou novamente se a puérpera estava precisando de ajuda, pois percebeu a casa um pouco desorganizada. A puérpera negou ajuda novamente. Por perceber a presença de uma mamadeira na cama, a agente perguntou se a mulher não estava amamentando. A mulher argumentou que o seu “leite era fraco” e por isso começou a dar outro leite. Sobre o tipo de leite, informou que estava ganhando leite de vaca de um vizinho. A agente comunitária reforçou a importância do leite materno e comunicou a puérpera que solicitaria a visita dos outros profissionais da equipe.

Na fase de ação, o facilitador, os demais agentes comunitários e o técnico de enfermagem assistiram à simulação em local que pudessem presenciar sem interferir na ação propriamente dita.

- **Reflexões da simulação**

Na fase de avaliação, utilizou-se o *debriefing* com bom julgamento. O facilitador solicitou que a agente comunitária que participou da simulação e um expectador descrevessem o cenário para avaliar divergências. Na sequência, o grupo foi estimulado a expor as reações. Na avaliação da agente comunitária que participou da simulação, o domicílio estava desorganizado e a puérpera não estava amamentando; além disso estava ofertando leite de vaca ao bebê. A agente solicitou a visita dos demais integrantes da equipe, pois a falta de higiene da casa e ausência do aleitamento foram elencados como fatores que potencializam o risco de adoecimento. Na avaliação de um dos expectadores, observou-se a

necessidade de uma melhor avaliação do bebê, principalmente sobre sintomas e cuidados de higiene. Além disso, poderia melhorar a abordagem da amamentação. Outro aspecto listado foi a percepção de que, apesar da puérpera ter negado a necessidade de ajuda, informou que está ganhando o leite de vaca, fato que evidencia a necessidade de auxílio. Por outro lado, ressaltou-se a importância do monitoramento realizado pela agente comunitária. Durante a discussão, o facilitador explorou os *feedbacks* negativos e positivos do participante e da simulação.

5.3 O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

A identificação na falha de monitoramento e avaliação das gestantes reforçou a necessidade de criar uma ferramenta para cadastrá-las e monitorá-las. Como a unidade de saúde não dispunha de *internet* e acesso ao prontuário eletrônico cidadão, elaborou-se uma planilha em *Excel*® no computador da unidade básica saúde contendo duas abas.

Na primeira aba foram registradas as seguintes informações: número do prontuário, nome da gestante, endereço, telefone, estado civil, índice de massa corporal, agente de saúde da microárea, tipo sanguíneo, data da última menstruação, data provável do parto, além do registro da data das consultas de pré-natal com os profissionais da equipe. As informações contidas na aba possibilitaram o monitoramento de gestantes ausentes nas consultas periódicas de pré-natal, bem como a identificação de gestantes próximas do termo.

Na segunda aba foram registradas as informações contidas na primeira aba, além das datas e locais das consultas puerperais, propiciando a avaliação quantitativa do processo de trabalho de assistência puerperal.

Após a elaboração da planilha, o médico, a enfermeira e as agentes comunitárias de saúde realizaram o cadastramento de todas as gestantes de baixo e alto risco em acompanhamento pré-natal com a equipe, incluindo as pertencentes a áreas descobertas. A identificação das áreas foi realizada pelas agentes comunitárias de saúde. Após o término do cadastro, identificaram-se 25 gestantes pertencentes à área coberta e 49 de áreas descobertas.

A planilha foi atualizada periodicamente pelo médico e pela enfermeira da equipe, com informações sobre as consultas de pré-natal e também com o cadastramento de novas gestantes em início de pré-natal. Além disso, as agentes comunitárias de saúde avaliavam e registravam o nome no campo “agente de saúde”, caso houvesse no cadastro alguma gestante

pertencente a sua microárea. No mês de julho de 2018, a enfermeira da equipe foi transferida para outra unidade de saúde e, em decorrência desse fato, a atualização da planilha ficou sob responsabilidade do médico e das agentes comunitárias, também periodicamente.

De acordo com informações da planilha referente ao campo data provável do parto, iniciou-se a busca ativa de puérperas. Ressalta-se que a contrarreferência não foi praticada no município durante o período do estudo.

5.4 ASSISTÊNCIA PUERPERAL E AS VISITAS DOMICILARES

No final de dezembro de 2017, a UBS mudou para outro imóvel. Após a mudança da unidade, as microáreas cobertas ficaram geograficamente distantes do local e a equipe necessitou de veículo para realizar as visitas domiciliares. O veículo oficial do município foi disponibilizado apenas nas terças-feiras, no período matutino.

A equipe realizava busca ativa todas as segundas-feiras. O médico e a enfermeira revisavam a planilha e identificavam as gestantes que estavam no período do termo (37 semanas a 41 semanas e 6 dias). Após a identificação, realizava-se contato por telefone para saber se a gestante já evoluíra para o parto. As que não tinham evoluído para o parto eram convidadas a realizar monitoramento do batimento cardíofetal na unidade. Além disso, as agentes comunitárias de saúde realizavam a busca ativa durante as visitas de rotina e, conforme identificavam gestantes que estavam na maternidade, informavam a equipe.

A equipe iniciou a fase de assistência puerperal domiciliar no mês de fevereiro de 2018. No período de fevereiro a abril de 2018, a assistência foi realizada pelo médico, pelo enfermeira e pela agente comunitária de saúde da microárea, tendo em vista que a técnica de enfermagem se desvinculou da equipe. No mês de maio de 2018, um novo técnico foi inserido na equipe e participou da assistência puerperal. No mês de julho de 2018, a enfermeira da equipe foi transferida para outra unidade e a partir desse momento a assistência foi realizada pelo médico, pelo técnico de enfermagem e pelo agente comunitário de saúde.

Durante a assistência puerperal, o médico da equipe informava às puérperas que a visita se tratava de uma assistência da unidade de saúde, mas que também seria realizado um trabalho acadêmico com as informações da assistência. Então, eram apresentados os termos de consentimento livre e esclarecido e também o termo de autorização de imagem e depoimentos. Ressalta-se que não houve recusas.

Para a avaliação das puérperas, utilizou-se o formulário elaborado para a simulação realística; além disso, informações complementares do período hospitalar e alta foram registrados no prontuário. Realizou-se uma abordagem ampliada, tendo em vista a necessidade de identificar situações de morbimortalidade materno-infantil, incluindo os aspectos psicossociais. Além da avaliação física, eram repassadas informações de educação em saúde sobre a importância do aleitamento materno e da assistência de puericultura. No encerramento da assistência domiciliar, era entregue um cartão com a data da consulta de puericultura e de reavaliação puerperal ambulatorial. Além disso, foram registradas em diário de bordo as percepções das puérperas sobre a assistência de pré-natal e também sobre a assistência puerperal realizada no domicílio. No retorno para a unidade básica de saúde, a equipe discutia as situações de vulnerabilidade encontradas no domicílio e conduzia os casos de forma individualizada, conforme a gravidade.

5.5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO

No mês de março de 2018, realizou-se a primeira avaliação da implementação da assistência puerperal. O quantitativo de assistências puerperais foi demonstrado por meio digital. Além dos valores quantitativos, foram observadas as percepções dos agentes comunitários de saúde envolvidos na assistência e registradas em diário de bordo. Também foram abordados os entraves, como a ausência de veículo oficial para realizar a visita durante uma das semanas, dificultado a assistência no puerpério imediato. Além disso, avaliou-se a necessidade de técnico de enfermagem na equipe para auxiliar na assistência. Por outro lado, foi sugerida a ampliação da assistência para as puérperas das áreas descobertas, tendo em vista o quantitativo de gestantes cadastradas pertencentes a essas áreas. A ampliação foi aprovada e pactuou-se que a agente comunitária mais próxima da área acompanharia na assistência domiciliar. A respeito da busca ativa, pactuou-se que seria realizada exclusivamente por telefone.

Observou-se, também, que uma das agentes comunitárias apresentou dificuldade técnica na atualização da planilha, porém tal fato não interferiu na realização da assistência puerperal, tendo em vista que a puérpera foi identificada por meio de contato telefônico.

As avaliações do processo de trabalho foram realizadas mensalmente até outubro de 2018. Nas reuniões, os resultados quantitativos foram apresentados, bem como as percepções

das puérperas. Com base nos resultados quantitativos e nas percepções das puérperas, observou-se uma melhor organização da assistência puerperal e valorização do trabalho da equipe. A ampliação da assistência puerperal para áreas descobertas também foi avaliada positivamente. Por outro lado, alguns aspectos fora da governabilidade da equipe, como a falta de veículo para visita domiciliar e a ausência de enfermeiro(a) no decorrer da implementação foram entraves que prejudicaram a assistência puerperal, principalmente no pós-parto imediato.

5.6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS PARA OS GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA

No mês de setembro de 2018, a equipe participou de uma reunião com alguns profissionais do Centro de Referência em Saúde da Mulher e com gestores da Atenção Básica do município de Cacoal. A reunião foi realizada nas dependências da UBS Village do Sol. O objetivo da reunião foi discutir o protocolo de classificação de risco gestacional, bem como o fluxo de referência e contrarreferência para a unidade especializada.

Tendo em vista a relevância do tema - e a participação dos profissionais envolvidos na assistência à saúde da mulher e na gestão - a equipe apresentou os resultados parciais e as percepções das usuárias sobre o processo de assistência puerperal. Após término da apresentação, foi cogitada, pela gestão da atenção básica, a ampliação do projeto para as demais unidades básicas de saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ASSISTÊNCIA PUERPERAL E PUERICULTURA

Foram cadastradas 25 gestantes da área coberta e 49 gestantes de áreas descobertas, com idade gestacional variada, sendo que algumas já se encontravam no final do período gestacional, enquanto outras em início de pré-natal. Isso demonstra que o período gestacional é um processo dinâmico, pois, enquanto algumas gestantes iniciam o pré-natal, outras encerram a gravidez e iniciam o período puerperal.

Observou-se que a maior demanda da equipe é de gestantes provenientes de áreas descobertas, fato que justificou a ampliação da assistência para essas áreas. Ressalta-se que embora pertençam a áreas descobertas, as usuárias necessitavam do cuidado e de acompanhamento pré-natal; além disso, ao viabilizar o acesso à população descoberta, cumpre-se o princípio da universalidade.

A PNAB (2017) ressalta que ações da ESF são realizadas e dirigidas à população em território definido, sobre os quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Por outro lado, ressalta que as ações são ofertadas integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, sendo proibida qualquer exclusão (BRASIL, 2017).

Em contrapartida, ao propiciar o acesso à população descoberta, as equipes acabam por se submeterem a uma sobrecarga de atividades, o que prejudica o estabelecimento de vínculo, o monitoramento e a busca ativa.

Para Barra (2013), a existência de áreas descobertas na atenção básica impacta negativamente o sistema de saúde, pois, além de limitar a acessibilidade, dificulta a formação de vínculo e a longitudinalidade do cuidado. Moradores dessas regiões acabam procurando as unidades básicas de saúde mais próximas ou, ainda, os serviços especializados, sobrecarregando ambos os serviços, impulsionando a formação de demanda reprimida.

6.1.1 Assistência puerperal e puericultura na área coberta

Em relação à área coberta da unidade, as 25 gestantes cadastradas evoluíram para parto no período do estudo, sendo que foram realizadas 21 assistências domiciliares à puérperas (84%). Destaca-se que as outras quatro (16%) puérperas pertencentes a área

coberta da ESF que estavam em acompanhamento pré-natal regular mudaram-se para outros bairros fora da área de abrangência da unidade, com perda do seguimento precoce.

Do total (N=21) de assistências da área coberta, 14 (66,67%) aconteceram no puerpério imediato e sete (33,33%) ocorreram no puerpério tardio. Acrescenta-se que, das assistências realizadas no puerpério tardio (N=7), três (42,86%) não foram realizadas no pós-parto imediato devida à ausência de transporte para a equipe e quatro (57,14%) foram realizadas após as puérperas retornarem das casas de familiares, localizadas em outros bairros, fora da área de abrangência da unidade básica de saúde.

Conforme normatização da Primeira Semana de Saúde Integral, os serviços de atenção primária à saúde devem realizar a visita domiciliar nos primeiros sete dias após a alta da maternidade, com a finalidade de avaliar as condições de saúde, fomentar ações de promoção e prevenção em saúde, além de identificar situações de riscos para adoção de condutas. As ações no puerpério imediato envolvem o trabalho do médico e enfermeiro, articulados ao do agente comunitário de saúde. Preconiza-se a programação rotineira da visita domiciliar pelas equipes (CORREA, 2017).

Salienta-se que, das 21 puérperas assistidas no domicílio, 19 (90%) retornaram para uma segunda consulta de puerpério no ambulatório da unidade. Verificou-se, ainda, que uma paciente (4,8%) necessitou ser encaminhada para hospital municipal de referência de urgências e emergências por complicação materna, compatível com quadro hemorrágico de provável causa ginecológica.

Com relação à consulta de puericultura, os 21 (100%) lactentes que receberam assistência domiciliar iniciaram as consultas de crescimento e desenvolvimento na unidade, mantendo o vínculo com a equipe.

6.1.2 Assistência puerperal e puericultura na área descoberta

Das 49 gestantes de área descoberta que iniciaram pré-natal, 32 evoluíram para parto. Ressalta-se que a busca ativa de puérperas fora da área de cobertura revelou que 10 puérperas (31,25%) mudaram-se para outros bairros fora da área abrangência da unidade de saúde, com perda do seguimento, mantendo-se a possibilidade de acompanhamento de apenas 22 pacientes.

Notou-se, ainda, que, das 22 puérperas restantes e seus lactentes, 16 (72%) receberam a primeira assistência puerperal em domicílio no pós-parto imediato e seis (28%) receberam a

primeira assistência puerperal na unidade e no pós-parto tardio. Registrou-se que oito (36%) puérperas retornaram para uma segunda consulta de puerpério no ambulatório da unidade. Com relação ao acompanhamento de puericultura, apenas 10 lactentes (45%) iniciaram as consultas de crescimento e desenvolvimento.

Segundo Silva e colaboradores (1999), a assistência em puericultura é fundamental para a prevenção de diversas doenças durante os primeiros anos de vida da criança, assim como o início precoce das consultas, de preferência no primeiro mês de vida. A ação primária de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui o eixo central do cuidado infantil e é essencial para a articulação de atividades de prevenção e intervenção (CARVALHO *et al.*, 2006).

Comparando-se os dados obtidos de seguimento das pacientes de áreas coberta e descoberta, nota-se melhor adesão das pacientes da área coberta, entendendo-se que a atuação da equipe de ESF é preponderante para o estabelecimento de vínculo com a unidade.

6.1.3 Percepções das usuárias sobre a assistência puerperal domiciliar

A prática da visita domiciliar puerperal permite a construção de vínculos, proporcionando um ambiente profícuo para um atendimento mais humanizado, que vai além das orientações. Trata-se de uma estratégia que possibilita um cuidado mais próximo e individualizado, para se conhecer a realidade e, ao mesmo tempo, transferir autoconfiança à mulher, potencializando seu desempenho como mãe (DRULLA, 2009).

Por meio das verbalizações das puérperas das áreas coberta e descoberta, observou-se satisfação das pacientes com o apoio e as orientações concedidas na assistência domiciliar, conforme os seguintes depoimentos:

Achei muito bacana a visita, pois das outras vezes eu fiz o meu pré-natal todo no posto do Vilage e não tive visita em casa, ninguém veio em casa. Tanto é que uma vez eu fui levar minha neném para pesar e nem sabiam que eu tinha ganhado neném. Achei muito importante vocês me visitarem.

...sobre a visita em casa eu gostei muito, das quatro gestações que eu tive essa é a primeira vez que alguém vem em casa para saber como nós estamos. Eu gostei muito.

Para mim foi ótimo, pois das outras gestações não tive tanto atendimento no posto de saúde. Gostei muito da visita em casa, pois é bom que acompanha a gente e instrui a gente também.

Existe uma ampla compreensão da visita como facilitadora do acesso ao cuidado, principalmente numa situação de mobilidade restringida. A presença dos profissionais da saúde é supervalorizada, pois pode propiciar atendimento resolutivo sem exigir deslocamento até o serviço (CORREA, 2017).

Verificou-se com expressividade a satisfação das participantes em relação aos cuidados ofertados pelos profissionais de saúde envolvidos neste tipo de assistência, já que contribuíram bastante para o sucesso do puerpério:

Eu gostei muito da visita de vocês, é bom visitar aqui em casa né, para saber como nós estamos.

Fui muito bem atendida, estão de parabéns. Gostei da assistência em casa, pois nunca tinha vindo o médico na minha casa, então gostei bastante.

Então, eu não esperava receber a visita de vocês, porque da primeira gravidez eu não tive acompanhamento da forma como eu tive agora. Tanto no pré-natal quanto agora depois do parto. Eu fiquei surpresa quando vocês visitaram aqui em casa. Eu gostei muito da visita.

6.1.4 Percepções das usuárias sobre as agentes comunitárias de saúde

O trabalho do agente comunitário de saúde constitui um elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Representa um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (BRASIL, 2011b).

Durante o período de assistência, as usuárias foram estimuladas a descrever a importância do agente comunitário de saúde na microárea:

Na minha área tem agente de saúde e eu acho essencial, pois elas vêm visitar e pergunta se precisa de alguma coisa, ajuda bastante a gente.

A ACS é importante, pois passa em casa para saber como nós estamos, perguntando se precisa de alguma coisa, tirar umas dúvidas, responde as mensagens. É uma pena que nem todo o bairro tem ACS, pois faz falta.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) flexibiliza a presença do agente comunitário de saúde, facultando conforme a necessidade do município, reduzindo a quantidade mínima de agentes nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, podendo, em algumas situações, não estar presente na equipe (BRASIL, 2017).

Ressalta-se que o agente comunitário de saúde é uma figura fundamental na ESF, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais. Além disso, mantém um fluxo contrário, transmitindo informações de saúde para a população da microárea. Nesse sentido, a flexibilização do agente comunitário na atenção básica ou a redução do número desses profissionais nas equipes de ESF pode interferir no acesso da população e no vínculo com as equipes.

Por meio da verbalização das puérperas de áreas descobertas, observam-se as dificuldades que encontram em virtude da ausência do agente comunitário de saúde:

Faz muita falta uma ACS na minha área, por exemplo, pois ela esclarece dúvidas e informa sobre os profissionais que estão atendendo na unidade e ajuda a marcar as consultas, mas aqui não tem agente de saúde e fica mais complicado.

A falta de agente na área dificulta bastante, para orientar a gente, quando tem campanha de vacina elas podem avisar. Como aqui não tem agente de saúde, esses dias teve vacina e nem fiquei sabendo.

A falta de agente comunitária dificulta bastante, pois tem vez que precisamos de informação e não tem. Aqui na minha casa não passa nenhuma agente, e acho importante principalmente para quem tem criança.

6.2 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE

O processo de capacitação da equipe iniciou no dia 20 de Janeiro de 2018. Na ocasião, a equipe da ESF Vilage do Sol era composta um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo e quatro agentes comunitárias de saúde, totalizando oito profissionais. Na primeira simulação realística, o odontólogo não participou pois encontrava-se de afastamento das atividades, sendo assim, sete profissionais (87,5%) participaram da capacitação.

No decorrer do ano, a equipe sofreu com alguns desfalques: no mês de fevereiro de 2018, a técnica de enfermagem se desvinculou da unidade de saúde, sendo substituída por outro técnico de enfermagem no mês de maio de 2018; no mês de julho, a enfermeira da equipe foi transferida para outro centro de saúde e o odontólogo permaneceu de afastamento. Assim, seis profissionais (75%) participaram da segunda simulação realística no mês de julho de 2018. No mês de setembro de 2018, uma enfermeira iniciou as atividades na unidade básica de saúde, mas não integrou a equipe da ESF Vilage do Sol e no mês de novembro de 2018 licenciou-se do cargo.

Nesse contexto, observa-se que a rotatividade frequente de membros da equipe pode gerar impactos ao processo de trabalho instituído na ESF, tendo em vista de que os novos integrantes necessitam de tempo hábil para adaptar-se à rotina, além de que nem sempre a reposição de membros faltantes é imediata à saída dos últimos. Tonelli e colaboradores (2018) pontuam que a rotatividade normalmente implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional. Discorrem ainda que o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários para a produção da longitudinalidade das ações em saúde é de extrema importância, e a rotatividade dos profissionais nas equipes da atenção básica prejudica a efetividade desse atributo.

Considera-se que capacitações periódicas podem atuar como facilitadores no período de aprendizagem de novos membros, assim como minimizar efeitos deletérios da alta rotatividade de profissionais no serviço de saúde. Segundo Brasil (2000), a educação permanente promove a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

6.2.1 Percepções da equipe sobre educação permanente

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009), a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, envolvendo mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas.

Segundo Brasil (2014), a Educação Permanente em Saúde traz como pilar conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos.

Coutinho *et al.* (2017) reforçam a necessidade de aprimoramento permanente dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal e puerpério, almejando uma reflexão crítica, uma atitude proativa e compromissada, agregando o conhecimento técnico-científico com a valorização do trabalho em equipe.

Considerando-se o contexto de educação permanente e a necessidade de constante qualificação da equipe, foram avaliadas as verbalizações de profissionais da equipe sobre o tema assistência puerperal:

Não tinha noção da importância dessas visitas domiciliares. Achava que era importante acompanhar só o bebê depois que nascesse, tanto que nós íamos nas casas e só perguntava sobre o bebê... Aprendi sobre os problemas que podem acontecer com puérpera, ficando mais fácil orientar para procurar ajuda se acontecer (M.L. P – ACS)

Aprendi bastante sobre os tipos de aleitamento, como orientar a mulher na amamentação. Outro ponto positivo foi sobre os problemas que podem acontecer com a mulher depois do parto. Ficamos mais atentas par informar sobre os problemas (M.V.O – ACS).

A simulação é usada de forma didática, como uma ferramenta de aprendizado para aproximar o profissional de situações reais que podem ocorrer no dia a dia. Trata-se de uma forma de treinar técnicas e aproximar teoria da prática (SANTOS, 2010).

Ao utilizar a metodologia da simulação, a equipe vivenciou situações reais do cotidiano da ESF. O *debriefing* permitiu uma discussão reflexiva sobre a situações simuladas, propiciando o pensamento crítico e a consolidação dos saberes.

As discussões ajudaram bastante no nosso conhecimento. Antes não achava importante procurar a gestante assim que chegasse da

maternidade, sempre esperava um pouco. Quando visitava era para saber se o bebê precisava de alguma coisa (S. L. – ACS).

6.2.2 Percepções das agentes comunitárias de saúde sobre processo de trabalho

Reis e colaboradores (2007) apontam as potencialidades das atividades educativas e culturais realizadas na atenção básica e consideram as limitações relacionadas com a deficiência na formação dos trabalhadores, bem como com a subutilização das ferramentas de informação em atenção básica e a forma de gestão baseada em controle. Os autores sinalizam, ainda, para a necessidade de revisão da organização do trabalho, com base na análise dos processos de trabalho em curso, e a necessidade de mudanças na formação dos trabalhadores da saúde.

Destacam-se algumas percepções das ACS sobre o processo de trabalho desenvolvido:

A tabela do computador ajudou a gente a monitorar as gestantes, pois tem gestantes que trabalham fora e não conseguimos identificar. Com a planilha sempre dou uma olhadinha e procuro saber se tem gestante nova na minha área, ou se tem alguma perto de ganhar bebê (M.C – ACS)

O nosso trabalho é tão importante que uma agente de outra unidade ligou para mim perguntando se era verídico que fomos na casa de uma parente, e a que parente elogiou muito nossa equipe. A parente falou que a equipe foi lá, consultou ela e o bebê, tirou dúvidas.

A agente comunitária da outra unidade falou que era muito importante, e que todos os médicos e todas as equipes poderiam fazer isso... (S.V.C. – ACS).

É muito bom fazer as visitas, bem diferente. Tem muitos lugares que não se faz isso. No meu ponto de vista acho muito importante, pois você fica sabendo como as puérperas e os bebês delas estão de saúde, pois a gente pede para elas vir consultar e trazer o bebê pesar, mas depois que o bebê nasce nem vacina quer fazer direito. Acho que muito bom (M.C – ACS).

Eu acho muito importante a visita da equipe nas puérperas, assim a gente fica sabendo das dificuldades delas. Elas acham muito bom que a equipe vai na casa delas para esclarecer dúvidas, examinar elas e os bebês. Acho muito importante o nosso trabalho... (S.V.C – ACS)

A visita domiciliar puerperal não modificou apenas o maneira de trabalhar da equipe, como também sensibilizou o modo de agir do profissionais. A prática de prestar assistência nos locais de vivência das puérperas favoreceu uma aproximação com a realidade, possibilitando a reflexão e a revisão da própria atitude dos profissionais da equipe em busca de transformações do cuidado.

6.2.3 Percepções da equipe sobre infraestrutura e recursos humanos

Segundo Moreira e colaboradores (2017), é de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e atenção à saúde uma estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais, com os recursos necessários para a execução de ações em saúde em correspondência quantitativa ao contingente populacional adscrito e suas especificidades, a fim de se oferecer uma assistência de melhor qualidade.

No presente trabalho, a equipe vivenciou grandes dificuldades com a falta recorrente de veículo para realização da assistência domiciliar, principalmente para as puérperas no pós-parto imediato. A localização geográfica da unidade, distante das microáreas cobertas, concomitante às limitações funcionais de alguns profissionais, prejudicaram bastante as execuções das visitas aos domicílios.

A verbalização de alguns profissionais da equipe corrobora o entrave:

...uma situação que complica muito a falta de carro, teve mês de vir carro só duas vezes no mês...” (M. A – Técnico de Enfermagem).

...outro grande problema é falta de carro para visitar (S.V.C – ACS).

.. e ainda falta muito carro para visitar (M.C – ACS)

A respeito de recursos humanos, Santos e colaboradores (2016), em sua revisão integrativa sobre a influência do trabalho em equipe na Atenção Básica, referendam que o trabalho em equipe, com a conformação multiprofissional, é considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF.

Durante a execução do projeto, observou-se uma fragmentação da equipe multiprofissional. Ressalta-se que a fragmentação de uma equipe implica em ruptura do processo de trabalho e sobrecarga dos demais profissionais. Citam-se algumas verbalizações dos profissionais a respeito dos recursos humanos:

Nossa grande dificuldade é fato da equipe ser pequena, e com bastante desfalque de profissionais, só tem um técnico de enfermagem para toda a unidade, e algumas vezes ele não pode ir, pois tem que triar os pacientes da unidade... (M.C – ACS)

Depois que eu entrei na unidade, observei que troca muito de gerente, e ficamos um bom tempo sem enfermeiro para ajudar nas visitas... (M. A – Técnico de Enfermagem).

7 CONCLUSÃO

Para o desenvolvimento do presente trabalho, foi considerada a implementação da assistência puerperal domiciliar na área coberta da equipe da Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol. Durante a implementação da assistência puerperal, produziu-se uma planilha para avaliação e monitoramento das gestantes e puérperas, não existente previamente. Foram realizadas 21 assistências domiciliares à puérperas da área coberta da Estratégia de Saúde da Família Vilage do Sol, correspondendo a 84% daquelas em acompanhamento de pré-natal da área coberta.

Do total de assistências, 14 (66,67%) aconteceram no puerpério imediato e sete (33,33%) ocorreram no puerpério tardio. Ainda que a equipe tenha assistido 84% das puérperas da área coberta, observou-se que 33,33% das assistências ocorreram no puerpério tardio, isto é, após o período recomendado pelo Ministério da Saúde.

Considerando-se que as situações de morbidade e mortalidade materno-infantil ocorrem, em maioria, no pós-parto imediato, a assistência domiciliar à mulher e ao recém-nascido deve ser realizada pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, em conformidade com os preceitos da Rede Cegonha do Ministério da Saúde, que orienta a realização da primeira semana de atenção à saúde integral, com abordagem à saúde das puérperas e dos recém-nascidos (BRASIL, 2012).

Embora se tenha desenvolvido o monitoramento da equipe e organização do processo de trabalho, a ausência de veículo para transporte da equipe foi determinante para a não realização da assistência no período ideal, fato evidenciado nas verbalizações dos membros da equipe. Outro entrave foi a mudança temporária ou definitiva das puérperas para bairros fora da área de cobertura da unidade básica de saúde. Um aspecto relevante, na implementação da assistência, foi a ampliação da assistência para áreas descobertas. A equipe realizou 16 assistências domiciliares. Do total de assistências, 12 (75%) ocorreram no puerpério imediato e quatro (25%) aconteceram no puerpério tardio.

Andrade (2015) ressalta que o puerpério representa um momento primordial para realizar a captação precoce, intensificar o vínculo com a equipe e promover ações de crescimento e desenvolvimento. Nesse sentido, observou-se que 19 puérperas da área coberta retornaram para uma segunda consulta de puerpério no ambulatório da unidade. Com relação

à consulta de puericultura, 21 lactentes da área coberta iniciaram as consultas de crescimento e desenvolvimento na unidade, mantendo o vínculo com a equipe.

Por meio das verbalizações das puérperas, observou-se que a assistência prestada pela equipe apresentou avaliações positivas, tanto no âmbito ambulatorial nas consultas de pré-natal, quanto na assistência efetuada no domicílio.

Nas assistências realizadas, evidenciou-se a importância do agente comunitário de saúde nas equipes de Saúde da Família. Conforme as verbalizações das puérperas, esses profissionais estabelecem um elo importante entre a equipe e a área. Por outro lado, notou-se uma redução do vínculo das pacientes de áreas descobertas com a unidade de saúde, tendo em vista que, de 16 pacientes assistidas em domicílio, apenas oito (50%) retornaram para uma segunda consulta de puerpério. Além disso, de 16 lactentes de áreas descobertas assistidos, apenas 10 (62,5%) iniciaram as consultas de crescimento e desenvolvimento.

Durante a capacitação da equipe para a organização do processo de trabalho de assistência puerperal, utilizou-se a metodologia ativa de simulação realística. Na primeira capacitação, sete profissionais da equipe participaram da simulação realística, representando 87,5% da equipe capacitada. Na segunda capacitação, seis profissionais participaram da atividade (75%).

A redução da participação da equipe nas atividades de capacitação está diretamente relacionada à fragmentação sofrida durante a implantação do projeto, principalmente pela ausência do profissional de enfermagem, técnico de enfermagem e odontólogo. Apesar da fragmentação da equipe, observou-se uma evolução no seu processo de trabalho, tendo em vista que a assistência puerperal foi mantida, assim como a discussão de casos e revisão do trabalho mensal. Outro aspecto relevante foi a percepção de aprimoramento expressado nas verbalizações dos profissionais. Ainda que não expressos numericamente, os ganhos reais na organização da assistência foram sentidos pela população atendida e pela equipe assistente.

Salienta-se, por fim, a relevância do aprimoramento técnico e científico pessoal obtido durante a implementação do processo de trabalho e durante o curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Apesar das dificuldades, a implementação planejada e sistematizada proporcionou, localmente, ganhos significativos do ponto de vista prático, com relevância não mensurável em saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. M. S. **Promoção, prevenção e assistência a mulher no puerpério em São Francisco do Maranhão.** Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Saúde Materna, Neonatal e do Lactante) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/173093>. Acesso Jun. 2017.
- ANDRADE, D. A.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C. MELLO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc. Anna Nery**, 19 (1):181-186, 2015.
- ARCARI, J. M. **Avaliação da satisfação dos usuários de estratégias da saúde da família compostas por profissionais do Programa Mais Médicos no município de Porto Alegre.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Especializada em Saúde Ênfase em Gestão Pública) - Universidade Federal do Rio Grande Sul - Faculdade de Odontologia, Porto Alegre, 2014. Disponível em: https://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/.../Projeto_tcc_07_07_14docx. Acesso Maio 2018.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, 2011; 15(4):802-10.
- BARRA, S. A. R. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2013.
- BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, Dez. 2011.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciênc Soc Hum** [Internet]. 2012[cited 2017 Jun 02];32(1):25-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2011v32n1p25>. Acesso Fev. 2018.
- BERNARDI, M. C.; CARRARO, T. E.; SEBOLD, L.F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Ver. RENE** 2011; 12 (n. esp.): 1074-80.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** 3ª ed. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral a saúde as mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade: documento síntese para avaliação externa**. Brasília: Ministério da Saúde 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Cadernos de Atenção Básica**, n° 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual instrutivo. Ficha de qualificação dos indicadores**. Brasília, 2012c.

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

BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso jul. 2018.

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 13 fev. 2004.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011b. Seção 1, pt1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso Jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36**, de 03 de junho de 2008. Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: www.anvisa.gov.br/hotsite/.../rdcs/RDC%20N%2036-2008.pdf. Acesso Ago. 2017.

BAHTEN, A. C. V.; SCHMITT, B.; MARTINS, C. M.; PEDRAÇA, K. M. S.; TRENTIN, N. Z. Ensinar como gostaríamos de ter aprendido. Relato de experiência do uso da simulação clínica no ensino de estudantes de medicina. In: XII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 12, 2015, Curitiba. **Anais PUCPR**. ISSN 2176-1396. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/15941_11580.pdf. Acesso Jan. 2019.

BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Salesianas, 1996.

CABRAL, F. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Women's vulnerability in the puerperium from the view of family health teams: emphasis on generational aspects and adolescence. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 44, 366-372, 2010.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S.; CANTILIN, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, E; RENNO JÚNIOR; J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. In: **Rev. Psiquiatr Clín.** 33(2): 92-102, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>. Acesso Jul. 2017.

CARLETO, E. C. **Plano de intervenção para aumento de consultas de puerpério em uma unidade de saúde de Minas Gerais**. Uberaba, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/plano-intervencao-aumento-consultos-puerperio.pdf>. Acesso Jun. 2017.

CARVALHO, M. F.; LIRA, P. I. C.; ROMAN, S. A. M.; SANTOS, I. S.; VERASI, A. A. C. A; BATISTA FILHO, M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24 n 3, p. 675-685, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24n3/675-685>. Acesso jan. 2019

CASTRO, K. F.; SOUTO, C. M. R. M.; RIGÃO, T. V. C.; GARCIA, T. R.; BUSTORFF, L. A. C. V.; BRAGA, V. A. B. Intercorrência mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. **O mundo da saúde** 33(4):433-9, 2009.

CORREA M. S.; FELICIANO, K. V.; PEDROSA E.N.; SOUZA, A. I. Women's perception concerning health care in the post-partum period: a meta-synthesis. **Open J Obstet Gynecol** 2014; 4:416-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.47062>. Acesso fev. 2019.

CORREA, M. S. M.; FELICIANO, K. V. O.; PEDROSA, E. N.; SOUZA, A. I. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(3):e00136215. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00136215. Acesso fev. 2019.

COUTINHO, S. K. S. F.; MINGHINI, B. V.; BRITO, G. V.; SILVA, K. S.; ROCHA, R. B.; MIRANDA, J. S.; MAGALHÃES, A.T. Rede cegonha: uma experiência em educação permanente com agentes comunitários de saúde. **SANARE**, Sobral - v.16 n.01, p. 74-79, Jan./Jun. – 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1097/608>.

DRULLA, A. G.; ALEXANDRE, A. M. C.; RUBEL, F. I.; MAZZA, V. A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm.** 2009; 14(4):667-74. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16380>. Acesso jan. 2019.

ESCOSTEGUY, C.C. Estudos de intervenção. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

FEBRASGO. **Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ASSIST%20C3%8ANCIA%20AO%20PARTO,%20PUERP%20C3%89RIO%20E%20ABORTAMENTO%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>. Acesso Nov. 2017.

GREY, M. Desenhos experimentais e quase experimentais. In: **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001, p. 98-109.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8):2537-2546, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2537.pdf>. Acesso fev. 2019.

GUERRA, H. S. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. Trabalho de Iniciação Científica. **CESUMAR**, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17765/1518-1243.2016v18n1p73-80>. Acesso Jan 2018.

HOFFMANN, I. C. **A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal**. Dissertação (Centro de Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria, 2008.

IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. Emprego de simulações no ensino e na avaliação. **Medicina** (Ribeirão Preto) 48 (3): 233-40. 2015. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n3/simp4_Emprego-de-simulacoes-no-ensino-e-na-avaliacao.pdf. Acesso Fev. 2018.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LIMA, J. R. **Puerpério - Minimizando riscos: projeto de intervenção em Diadema - Horizonte - CE**. 2009. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=1145:puerpero-minimizando-riscos-projeto-de-interveno-em-diadema-horizonte-ce&id=124:esp.-praticas-clnicas-em-sade-da-familia. Acesso Jun. 2017.

MARTINS, M. **Protegendo a vida: enfermagem assistindo à mulher durante o trabalho de parto e puerpério**. Curitiba: Governo do Paraná, 2000.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um

impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Colet**, 2010; 15 (Supl 1):1521-31

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. O puerpério. In: **Obstetrícia**. 11^oed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 291-95, 2010.

MORAES FILHO, O. B. M. Puerpério normal e amamentação. In: **Ginecologia & Obstetrícia**. Recife: Edupe, p. 653-58, 2006.

MOREIRA, K. S. *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n.2, e51283, 2017. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/04/51283-206972-1-PB.pdf>. Acesso fev. 2019.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NOGUEIRA, M. J.; FONSECA, R. M. G. S. A visita domiciliar como método de assistência de enfermagem da família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.11, 1997.

OLIVEIRA, S. N.; PRADO, M. L.; KEMPFER, S. S. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. **Rev Min Enferm** [Internet] 18 (2):487-95, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/94>. Acesso Mar 2018.

PAZIN, F. A.; ROMANO, M. M. D. Simulação: aspectos conceituais. **Medicina** (Ribeirão Preto), 2007; 40: 167-70. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n2/3_aspectos_conceituais.pdf. Acesso Jan. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Trad. SALES, D. R. 7^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

QUILIC, A. **Simulação clínica**: do conceito à aplicabilidade. 1^a ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

REIS, M. A. S. *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=en&nrm=iso. Acesso fev. 2019.

SANTOS; A. K. O. A importância da assistência de enfermagem no puerpério para redução da morbimortalidade materna. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, vol. 6 n. 3, jul./dez 2014.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, M. C.; LEITE, M. C. L. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como *feedback* de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n.3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a20>. Acesso Nov. 2018.

SANTOS, R. R. *et al.* A influência do trabalho em equipe na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, 18(1): 130-139, jan-mar, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8171/df67d2254cd879c258afd7b0254ae96a9311.pdf>. Acesso jan. 2019.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA, M.J.B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enfermagem** [Internet]. 2007; 60(6): pp 659-664. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/07.pdf>. Acesso Out. 2018

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério da saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n5/22.pdf>. Acesso Abril 2018.

SILVA, F. C. S.; ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CARVALHO, C. M. L.; CAETANO, J. A. Postpartum depression in puerperal women: knowing the interactions among mother, son and family. **Acta Paulista de Enfermagem**, 23, 411-416, 2010.

SILVA, A. A. M.; GOMES, U. A.; TONIAL, S. R.; SILVA, R. A. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. (1999). Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102098919990009000006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso fev. 2019.

SOUZA, E. F. D.; SILVA, A. G. SILVA, A. I. L. F. Metodologias ativas na graduação em enfermagem: um enfoque na atenção ao idoso. **Rev. Bras. Enferm.** vol.71 supl. 2, Brasília, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0150>. Acesso Março 2018.

TONELLI, B. Q.; LEAL, A. P. R.; TONELLI, W. F. Q.; VELOSO, D. C. M. D.; GONÇALVES, D. P.; TONELLI, S. Q. Rotatividade de profissionais da estratégia saúde da família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8314>. Acesso fev. 2019.

VIEIRA, C. S.; BRITO, M. B.; YAZLLE, M. Contracepção no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 30(9):470-9, 2008.

ZEFERINO, M. C.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. Feedback as a teaching/learning strategy in medical education. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31(2): 176-179; 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/08.pdf>. Acesso Dez. 2018.

WELCH, L.G.; MILLER, L. A. **Emotional and educational components of pregnancy**. The Global Library of Women's Medicine, 2008. Disponível em: http://www.glowm.com/section_view/heading/Emotional%20and%20Educational%20Components%20of%20Pregnancy/item/414. Acesso Ago. 2017.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PUERPERAL

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PUERPERAL ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILAGE DO SOL**

Data da assistência domiciliar: ____/____/____

Número do prontuário: _____

Nome: _____ Data Nascimento ____/____/____

Endereço: _____: Telefone: _____

Nome Recém-Nascido: _____ Data Nascimento ____/____/____

Avaliação

FC: _____ FR: _____ PA: _____ TPT Ax: _____

Altura uterina: _____

Avaliação episiotomia: _____

Avaliação da cicatriz da cesariana: _____

Lóquios: _____

Avaliação das mamas: _____

Tipo de aleitamento: _____

Técnica de amamentação: _____

Avaliação neurológica e psicossocial: _____

Alimentação: _____

Eliminações fisiológicas: _____

Exame físico geral: _____

Avaliação de membros inferiores: _____

Medicamentos em uso: _____

Planejamento familiar: _____

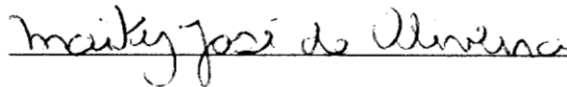
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Solicitamos que seja autorizada a realização da pesquisa intitulada: “IMPLEMENTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PUERPERAL EM ÁREA DE COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILAGE DO SOL”. Tal autorização nos permite ter acesso aos profissionais de saúde da equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde Vilage do Sol e demais profissionais que lá trabalham. Asseguramos que em nenhum momento serão divulgados os nomes dos entrevistados, nem tampouco as informações relatadas, quando forem divulgados os resultados da pesquisa.

Agradecemos a colaboração, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,



Maiky José de Oliveira

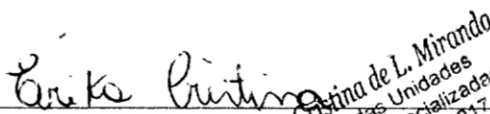
Mestrando Pesquisador

Fone para contato: 98106-1811

E-mail: maikyoliveira@gmail.com

Eu, Erika Cristina de Lima Miranda, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, autorizo a realização da pesquisa bem como o acesso a outros documentos solicitados pelo pesquisador, assinando este documento com a garantia de que os nomes dos profissionais de saúde e do gerente da unidade serão preservados.

Cacoal, 30 de novembro de 2017.



Erika Cristina de Lima Miranda
 Chefe de Coordenação da Atenção Básica e de Unidades Especializadas

Erika Cristina de L. Miranda
 Coordenadora das Unidades
 Básicas e Especializadas
 30/11/2017

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada, como voluntária, a participar do projeto de intervenção **“IMPLEMENTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PUERPERAL EM ÁREA DE COBERTURA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CACOAL, RONDÔNIA”**. Este estudo pretende intervir na implementação da assistência ao puerpério, visando acompanhamento domiciliar multiprofissional da mãe e do (a) bebê na área coberta da Estratégia de Saúde da Família Village do Sol.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

A identidade das participantes não será revelada, os dados serão mantidos em sigilo, e poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa será de forma voluntária, sem nenhum tipo de remuneração ou gasto. Não há riscos previstos para as participantes deste estudo.

Para esclarecimentos de dúvidas procurar pelo médico mestrando Maiky José de Oliveira, pesquisador responsável pelo estudo, no telefone (69) 981233373 ou e-mail maikyoliveira@gmail.com.

Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal de Rondônia: Fones: (69) 2182-2111 ou 9 8434 4761; e-mail: cepunir@yahoo.com.br

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar desse estudo, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data ____ / ____ / ____

Nome e assinatura da participante

Nome e assinatura do responsável pela obtenção deste termo

APÊNDICE D - TERMO DE ASSENTIMENTO**TERMO DE ASSENTIMENTO**

Você está sendo convidada, como voluntária, a participar do projeto de intervenção **“IMPLEMENTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PUERPERAL EM ÁREA DE COBERTURA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CACOAL, RONDÔNIA”**. Este estudo pretende intervir na implementação da assistência ao puerpério, visando acompanhamento domiciliar multiprofissional da mãe e do (a) bebê na área coberta da Estratégia de Saúde da Família Village do Sol.

Para participar desta pesquisa, o (a) responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O (a) responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis. Para esclarecimentos de dúvidas procurar pelo médico mestrando Maiky José de Oliveira, pesquisador responsável pelo estudo, no telefone (69) 981233373 ou e-mail maikyoliveira@gmail.com.

Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal de Rondônia: Fones: (69) 2182-2111 ou 9 8434 4761; e-mail: cepunir@yahoo.com.br

Pelo presente Termo de Assentimento, declaro que concordo em participar desse estudo, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetida, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetida, todos acima listados. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cacoal, ____ / ____ / ____

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cacoal, ____ / ____ / ____.

Assinatura do (a) menor _____

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável _____

APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____,
CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, AUTORIZO, através do presente termo, o pesquisador Maiky Jose de Oliveira, orientado pela Dra. Janne Cavalcante Monteiro, do projeto de pesquisa intitulado “**IMPLEMENTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PUERPERAL EM ÁREA DE COBERTURA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CACOAL, RONDÔNIA**”, a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos de livre e espontânea vontade (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos destinados à divulgação ao público em geral. Ainda **autorizo**, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) outdoor; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros), artigos, banner e demais produtos oriundos do presente estudo (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados,

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei n.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto n.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto n.º 5.296/2004). Assino a presente autorização em duas (2) vias de igual teor e forma.

Cacoal, ____/____/____

Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa