

**Avaliação da “Primeira Semana de Saúde Integral” na Estratégia
Saúde da Família entre mulheres do Ambulatório de Pós-natal de
hospital público do Recife**

Laura Lucinda Bezerra da Silva - PIBIC/CNPq-IMIP

Lorena Novaes Ferraz Pacheco Oliveira

Katia Virginia de Oliveira Feliciano - Orientadora

Evelyne Nascimento Pedrosa

Maria Suely Medeiros Corrêa

Ariani Impieri de Souza

**Visita domiciliar na “Primeira Semana de Saúde Integral” entre usuárias da
Estratégia Saúde da Família**

Laura Lucinda Bezerra da Silva¹

Katia Virginia de Oliveira Feliciano²

Lorena Novaes Ferraz Pacheco Oliveira³

Evelyne Nascimento Pedrosa⁴

Maria Suely Medeiros Corrêa⁵

Ariani Impieri de Souza²

¹ Graduanda de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Bolsista PIBIC/CNPq/IMIP. Recife, PE, Brasil.

² Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

³ Graduanda de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, PE, Brasil.

⁴ Mestranda da Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

⁵ Doutoranda da Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

Nº de palavras: 2.985

Resumo

Objetivo: avaliar visita domiciliar (VD) na “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI) entre usuárias da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** estudo com delineamento transversal, cuja amostra de conveniência constou de 190 mulheres atendidas em serviço do nível terciário de atenção em Recife, Pernambuco. Responderam ao questionário (perfil sociodemográfico, características obstétricas e neonatais, atenção à mulher e criança): residentes em Pernambuco, cadastradas na ESF. Utilizaram-se qui-quadrado e Mid-p exact, com nível de confiança de 95%. **Resultados:** Predominou idade de até 29 anos (68,5%) e risco gestacional alto (59,5%), sendo 46,9% primíparas. Na primeira semana pós-alta (PSPA), 42,1% receberam VD (agente comunitário participou em 85,1% destas). Não houve associação estatística entre VD e risco gestacional ($p=0,987$) e infantil ($p=0,729$). Proporções importantes de puérperas e bebês que receberam VD não tiveram acesso a atividades da PSSI. Não existiu associação estatística entre risco e atividades desenvolvidas na atenção à mulher e criança. Constatou-se associação estatística entre participação do profissional na VD e maior realização de atividades voltadas à mulher (exame de mama, abdômen, etc.). A satisfação foi maior com orientações relacionadas à criança (70,7%) quando comparadas à mulher (56,6%). **Conclusões:** evidencia-se necessidade de instituir planejamento rotineiro para efetuar VD na PSPA, priorizando puérperas e recém-nascidos de risco para potencializar a proteção a ambos.

Palavras-chave: Período Pós-Parto; Visita Domiciliar; Visitadoras de Saúde; Atenção à Saúde.

Introdução

A maioria das situações de morbimortalidade materna e infantil se concentra, respectivamente, no puerpério imediato (do 1º ao 10º dia) e no período neonatal precoce (1ª semana de vida), num contexto em que se iniciam transformações profundas na vida da mulher que repercutem no cuidado da criança, reforçando a extrema importância da assistência à saúde nos primeiros sete dias pós-parto. A maior vulnerabilidade neste período levou o Ministério da Saúde (MS) a instituir a “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI) para ampliar a cobertura e qualificar a atenção à puérpera e ao recém-nascido (RN), fortalecendo o cuidado na atenção primária em saúde (APS).¹

A APS tem a responsabilidade de atuar como um nível próprio de atendimento, com alta resolubilidade frente às demandas básicas, e como porta de entrada para atenção secundária e terciária. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada pelo MS como modelo prioritário para APS e núcleo organizador do Sistema Único de Saúde (SUS).² Na ESF compete à equipe multiprofissional efetuar ações de saúde, no serviço e no domicílio, para a população de uma área adscrita,³ incluídas as ações promocionais, preventivas e curativas preconizadas para a PSSI.¹

A PSSI recomenda a visita domiciliar (VD) nos primeiros sete dias pós-alta do RN, que deve acontecer nos primeiros três dias quando o RN é classificado como de risco. O cumprimento de pelo menos um dos seguintes critérios: idade gestacional ao nascer inferior a 37 semanas, peso ao nascer abaixo de 2.500 gramas, Apgar abaixo de cinco no quinto minuto de vida e mãe com idade menor de 16 anos, permite classificar o RN como de risco. A consulta da mulher e do RN no serviço de saúde, de sete a dez dias pós-parto, deve ser incentivada na VD.¹

A VD é a atribuição principal do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), embora seja uma responsabilidade comum a todos os membros da equipe

da ESF. A VD no puerpério imediato tem como objetivos: avaliar as condições de saúde da mulher e do RN; orientar o autocuidado, orientar e apoiar a amamentação e os cuidados básicos com RN; orientar o planejamento familiar e identificar situações de riscos e intercorrências para adoção de condutas adequadas. Neste período, as ações envolvem, principalmente, o enfermeiro e o ACS, sendo a avaliação médica solicitada quando se detecta alterações.¹

Pesquisas qualitativas realizadas no Brasil⁴, África do Sul⁵, Suíça⁶ e Inglaterra^{7,8} mostram a importância que as mulheres conferem ao cuidado domiciliar de integrantes da equipe de saúde na primeira semana pós-parto. Na transição do hospital para a casa, principalmente quando a mulher é primípara, é grande a necessidade de adquirir segurança no desempenho do papel de mãe (cuidado do bebê, amamentação, etc.). No entanto, as experiências relatadas evidenciam, sobretudo, a falta de assistência domiciliar ou a insatisfação com a assistência recebida.⁴⁻⁹

O objetivo deste estudo foi avaliar a visita domiciliar na “Primeira Semana de Saúde Integral” entre usuárias da Estratégia de Saúde da Família.

Método

Estudo avaliativo normativo, com delineamento transversal, desenvolvido de setembro a dezembro de 2013, em Recife, Pernambuco, numa amostra de 190 mulheres (mediana de tempo pós-parto de 19 dias, intervalo interquartis de 12 a 23 dias) que realizaram consulta no Ambulatório de Pós-natal em hospital geral de nível terciário do SUS, referência para atenção à mulher e à criança. Para cálculo do tamanho da amostra estimaram-se 40% de VD na primeira semana após alta da maternidade (PSPA), nível de significância de 95% e erro de 7%. Na falta de informações sobre frequência de VD na PSP, escolheu-se um valor mais próximo de 50% que resulta numa amostra maior.

A amostragem de conveniência foi realizada por duas das autoras, sendo incluídas: mulheres residentes no estado de Pernambuco, cadastradas em Unidade de Saúde da Família (USF), independentemente do risco gestacional. Não houve recusa ou exclusão. Após serem informadas sobre pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, responderam questionário que contemplava perfil sociodemográfico da mulher, características obstétricas e neonatais e atenção à saúde da mulher e da criança.

Os dados foram armazenados e analisados utilizando o programa Epi Info 3.5.4. Inicialmente foi realizada a distribuição das frequências absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas e clínicas. Verificou-se a associação entre: (1) realização de VD e risco gestacional, risco infantil, número de gestações e local da atenção pré-natal; (2) risco gestacional e atividades voltadas à mulher na VD; (3) risco infantil e atividades relacionadas à criança na VD; (4) quem efetuou VD e atividades realizadas na VD e grau de satisfação com ações desenvolvidas. Diferenças significativas foram avaliadas utilizando o qui-quadrado e o Mid-p exact, quando necessário, com um nível de confiança de 95%. O termo “tendências” foi usado para resultados em que se delineavam diferenças com significância estatística entre 0,05 e 0,10.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, conforme o parecer nº 3714 de 11/09/2013.

Resultados

Uma proporção de 45,3% das mulheres residia na Região Metropolitana do Recife (RMR) e 35,3% na cidade do Recife. Com distribuição etária entre 12 e 45 anos, mediana de idade de 25 anos (intervalo interquartis de 21 a 31anos), 16,8% tinha de 12 a 19 anos. Predominaram as mulheres que viviam em união (75,3%), sendo 46,9% em

união consensual. A mediana de escolaridade era de 11 anos (intervalo interquartis de 8 a 11 anos), 60,0% concluíram de 9 a 11 anos de estudo e 5,8% de 12 a 16 anos. Percentual de 53,7% desenvolvia atividades domésticas não remuneradas e daquelas inseridas no mercado de trabalho, 56,8% realizavam trabalhos manuais (32,9% semiespecializado e 23,9% não qualificado). Ao redor de 46,9% eram primíparas.

Aproximadamente 62,0% das mulheres recebeu atenção pré-natal na USF, sendo 23,6% simultaneamente com outro serviço. Prevaleceu o parto cirúrgico (67,3% em gestação de alto risco), seguido por parto normal com episiotomia. Proporção de 59,5% teve gestação de alto risco, para 62,8% destas devido à hipertensão arterial isolada ou associada ao diabetes mellitus. Das crianças de risco (26,8%), 58,8% nasceram com baixo peso e 54,9% prematuras. (Tabela 1).

A VD na PSPA foi realizada para 42,1% mulheres. Esta atribuição foi cumprida para 38,8% das crianças de risco e 40,9% das mulheres com risco gestacional. Não se verificou associação estatística entre efetivação da VD e risco gestacional ($p=0,987$) e infantil ($p=0,729$). Aproximadamente 71,2% das mulheres que receberam VD na PSPA realizaram o acompanhamento pré-natal na USF, sendo que 66,7% destas foram atendidas exclusivamente pela equipe local. Constatou-se associação estatística entre atenção pré-natal na USF e efetivação da VD na PSPA ($p=0,049$). Um percentual de 47,5% daquelas com VD eram primíparas. Não existiu associação estatística entre número de gestação e realização da VD na PSPA ($p=0,876$).

Dentre aquelas que receberam VD na PSPA, 85,1% contaram com a ACS, mas 38,8% em conjunto com profissional da equipe (PE), sendo 3,7% com a presença do médico. O enfermeiro participou de 83,3% das VD na PSPA efetuadas apenas por profissional. (Tabela 2).

A participação do PE na VD, sozinho ou em conjunto, resultou num percentual significativamente maior de realização de 08 das 21 atividades voltadas à saúde da mulher, ou em tendência para maior efetuação em 04 delas. As atividades mais executadas foram: indagar sobre amamentação (77,6%), orientar o uso de sulfato ferroso (75,0%), perguntar sobre alimentação (64,5%) e orientar sobre amamentação (64,5%). As menos consideradas: examinar a quantidade (15,8%) e odor do sangramento (15,8%) e a região genital (27,6%). (Tabela 3). Dentre aquelas que receberam sutura, 48,6% tiveram os pontos examinados e 64,3% foram orientadas sobre os cuidados. Não houve associação estatística entre risco gestacional e atenção à mulher na VD na PSPA. Notou-se tendência para maior investigação da existência de queixas em mulheres com risco gestacional baixo ($p=0,093$).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre participação de PE na VD na PSPA e desenvolvimento das atividades de atenção à saúde da criança. Existiu tendência para maior percentual de orientação sobre limpeza do umbigo quando o PE participou da VD. As atividades mais realizadas foram: solicitar caderneta da criança (82,9%), orientar sobre limpeza do umbigo (75,0%), solicitar resumo de alta (71,0%) e orientar sobre alimentação (71,0%). As menos contempladas: solicitar teste do pezinho (14,5%), orientar sobre lesão da vacina BCG (44,7%) e agendar a consulta de puericultura (55,3%). (Tabela 4). Não houve associação estatística entre risco infantil e atenção à criança na VD na PSPA.

Uma proporção maior das puérperas mostrou-se mais satisfeita com as orientações sobre saúde da criança (70,7%) em comparação à saúde da mulher (56,6%). Prevaleceu à satisfação com atendimento prestado na VD na PSPA (69,8%). (Tabela 5). A participação do PE na VD não se mostrou estatisticamente associada à opinião sobre orientações relativas à saúde da mulher e atendimento prestado.

As opiniões sobre orientações e atendimento recebido na VD não foram significativamente afetadas pelo local da atenção pré-natal, ser primípara, risco gestacional e infantil. Contudo, mais mulheres que receberam atenção pré-natal em outros serviços (39,1%) quando comparadas àquelas acompanhadas na USF (25,0%) manifestaram insatisfação com as orientações sobre saúde da criança.

Discussão

As mulheres desta pesquisa têm como perfil predominante residirem em grandes centros urbanos, terem até 29 anos de idade, concluírem até 11 anos de escolaridade, desenvolverem atividades domésticas não remuneradas, viverem em união estável, serem primíparas e terem apresentado alto risco gestacional. No que diz respeito à última característica convém recordar que o estudo atual foi desenvolvido num serviço de referência para o parto nas gestações de alto risco. O percentual de adolescentes na amostra demonstra a importância de melhorar a organização dos serviços de saúde para o acolhimento e acompanhamento das adolescentes no puerpério.¹⁰

A taxa de cesariana encontrada era um pouco maior do que os 52% constatados para o Brasil em 2010. Portanto, um valor muito superior ao limite máximo de 15% proposto pela Organização Mundial de Saúde. A elevação das taxas de cesárea é um fenômeno mundial desde o final dos anos 70, com o Brasil ocupando uma posição de destaque nesse cenário.¹¹ Apesar da controvérsia sobre a proporção ótima de partos cesáreos, a literatura sobre o tema indica que valores maiores do que 15,0% estão associados a maiores taxas de desfechos adversos em mães e neonatos.¹²

Um percentual significativamente maior das mulheres com atenção pré-natal realizada na USF recebeu VD na PSPA, numa evidência importante de continuidade assistencial. Elemento crítico para garantir a coordenação e a qualidade do atendimento.

A compreensão de que a continuidade envolve a relação profissional-usuário e o vínculo¹³ pode ajudar a entender a concentração das VD entre mulheres que receberam atenção pré-natal apenas na USF. O acompanhamento pela equipe local da atenção pré-natal prestada em serviços especializados é outro componente necessário do contínuo assistencial iniciado na gestação, que prossegue no parto, pós-parto e inclui o RN, prolongando-se em outras etapas da vida da mulher e da criança.¹⁴

O baixo peso ao nascer e a prematuridade, de forma isolada ou agregada, apresentaram elevada incidência representando os principais motivos para classificar as crianças como de risco ao nascimento. No Brasil, a diminuição da taxa de mortalidade infantil tem ocorrido paralelamente à elevação das taxas de mortalidade neonatal (crianças com zero a 28 dias de vida). Os determinantes desse aumento são, em primeiro lugar, a prematuridade e, em segundo lugar, o baixo peso ao nascimento.¹⁵ A atenção prestada na APS por equipes da ESF no seguimento após a alta representa um fator protetor para essas crianças.

A baixa frequência de VD na PSPA e a falta de utilização de critérios de risco em sua realização estão em desacordo com a recomendação para que a VD seja programada pelas equipes, rotineiramente, para garantir a priorização de indivíduos e famílias de maior risco. O MS recomenda que as crianças de risco ao nascer tenham a sua VD realizada com maior presteza.¹ O acompanhamento do recém-nascido de risco representa uma das linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança.¹⁶ A primazia desse grupo populacional não ocorreu nem mesmo na cidade do Recife onde, desde 1994, se desenvolve um programa de vigilância da criança de risco ao nascer que indica a efetuação da primeira VD na PSPA, por profissional de nível superior.¹⁷

A Rede Cegonha, instituída em 2011, reitera a importância da VD no pós-parto imediato como parte das ações essenciais para reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.¹⁸ A VD propicia o desenvolvimento de ações educativas e a identificação precoce de riscos e agravos em contexto familiar. Ao proporcionar uma maior aproximação à realidade vivenciada pode fortalecer o vínculo profissional/equipe-usuário/família e potencializar a proteção à saúde da mulher e da criança. Este é um momento privilegiado para prover ações resolutivas, que contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades de saúde.¹⁹⁻²²

Os resultados de estudos desenvolvidos no Brasil comprovam que o planejamento da VD é inexistente ou assistemático.^{19,20} Os ACS identificam dificuldades para dedicar mais tempo à VD como sobreposição de atribuições, necessidade de comparecer mais de uma vez ao mês na mesma família e as singularidades de cada região e da população. O grande número de atribuições e o tempo limitado levaram muitos enfermeiros a optarem por realizar as atividades do serviço, como as consultas de enfermagem, em detrimento das VD. Em contraposição ao encontrado nesta pesquisa, os enfermeiros informam visitar aos usuários que requeriam maior atenção, seguindo prioridades definidas pelo MS e pela própria equipe.¹⁹

O ACS e o enfermeiro foram os integrantes das equipes mais envolvidos na VD. Outras pesquisas mostram que, em geral a VD é realizada exclusivamente pelo ACS ou profissionais vão separadamente, podendo pelo menos dois membros da equipe estão presentes na visita. A presença da equipe acontece em situações pontuais, em que é previamente identificada a necessidade de outros profissionais na assistência àquele indivíduo/família. O fato da VD do médico focalizar a atenção nos aspectos curativos reforça o perfil tradicional das práticas em saúde que se busca modificar.^{20,21}

Embora a maioria das atividades preconizadas para saúde da criança tenha sido realizada com maior frequência quando comparada à saúde da mulher, o desempenho das equipes esteve longe de ser considerado suficiente, principalmente, quando a VD desconsiderou o risco infantil e o fato da mãe ser primípara. Ao redor de 44,7% dos RN não tiveram a primeira consulta de puericultura agendada, ainda quando o MS preconiza a realização de uma consulta até 15 dias de vida.¹

A maior omissão no desenvolvimento das atividades voltadas à mulher e o fato das atividades mais frequentes, neste grupo populacional, serem aquelas diretamente relacionadas ao processo de amamentação sugerem a persistência de uma atenção baseada nos aspectos biológicos e no papel social de mãe. Este modo de proceder secundariza às demandas específicas da mulher, denotando que continua vigente a racionalidade da assistência materno-infantil.²³

Em relação à saúde da mulher, a participação do PE resultou numa maior frequência de atividades desenvolvidas, portanto, em melhor qualidade da atenção prestada. Todavia, mesmo na presença de um PE, foram informadas limitações no acesso a atividades importantes da assistência prevista para o puerpério imediato. Nesse sentido, muitas vezes não foram observadas as modificações biológicas o puerpério como: involução uterina, eliminações dos lóquios, distensão da musculatura abdominal, diminuição do volume sanguíneo, risco de retenção uterina, diminuição da motilidade gastrointestinal e lactação.

A investigação sobre o estado emocional da mulher, também, foi pouco realizada, apesar da importância da VD no puerpério imediato para identificação precoce de alterações emocionais. Neste período, 50 a 70% das puérperas são acometidas de “*baby blues*”, um estado depressivo brando, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas.¹ As primíparas se

sentem particularmente preocupadas, ansiosas e estressadas devido às dúvidas, as dificuldades e as inseguranças relacionadas ao autocuidado e cuidados com o RN. As próprias mulheres percebem a necessidade de oferecer uma atenção diferenciada às primíparas.^{6,8,9}

O presente estudo, de uma forma geral, apresentou uma avaliação positiva da VD no PSPA. Do ponto de vista técnico, a presença do PE teve maior influência sobre a qualidade da atenção à saúde da mulher em comparação com a saúde da criança, mas na corrente pesquisa as participantes manifestaram uma satisfação significativamente maior com a participação do PE na assistência do RN. Cabe destacar que apesar da presença do PE houve grande omissão quanto a aspectos importantes para mulher. Também é possível conjecturar sobre a maior valorização das informações que o PE forneceu para a saúde da criança, porque a atenção ao bebê é priorizada pela puérpera. Pesquisas mostram que as mulheres expressam satisfação com o cuidado dedicado ao seu filho, mas se sentem insatisfeitas com a focalização no bebê.^{8,9,24}

Os resultados evidenciaram uma grande distância entre a formulação e a operacionalização da proposta de intervenção da PSSI. Arretche²⁵ alerta que a operacionalização é sempre realizada com base nas referências que os agentes do trabalho de fato adotam para desempenhar suas funções. Assim, buscam tornar o seu desempenho mais consistente com suas próprias preferências e compromissos.

A intensificação do processo de educação continuada para problematizar os papéis e as atribuições de cada membro da equipe na VD, necessidade identificada a partir dos resultados do estudo atual, é apontada em outra pesquisa.¹⁹ Para a capacitação da equipe é pertinente priorizar a perspectiva teórica da aprendizagem baseada na educação permanente. Esta tem como pressuposto pedagógico a vinculação do

aprendizado a elementos significativos para os envolvidos, com os processos de capacitação estruturados a partir da problematização do trabalho.²⁶

A avaliação continuada da VD pelos integrantes da equipe é fundamental para discutir todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. O MS preconiza o estabelecimento de mecanismos sistemáticos de avaliação dos serviços, das ações e do desempenho das equipes; e o planejamento sistemático e participativo de metas, ações e estratégias. As necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares podem propiciar à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática.^{22,27,28}

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. 3ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 2).
4. Rodrigues DP, Fernandes AFP, Silva RM, Silva RM, Rodrigues MSP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto Contexto Enferm* 2006; **15**: 277-86.

5. Butchart WA, Tancred BL, Wildman N. Listening to women: focus group discussions of what women want from postnatal care. *Curationis* 1999; **22**:3-8.
6. Frei IA, Mander R. The relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: an ethnographic study in a Swiss postnatal unit. *Midwifery* 2011; **27**:716–722.
7. Beake S, Rose V, Bick D, Weavers A, Wray J. A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; **10**:70.
8. Bailey S. Postnatal care: exploring the views of first-time mothers. *Community Pract* 2010; **83**:26-29.
9. Correa MS, Feliciano KV, Pedrosa EN, Souza AI. Women's perception concerning health care in the post-partum period: a meta-synthesis. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, **4**, 416-426. <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.47062>
10. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery* 2012; **16**(2): 312-19.
11. Höfelmann DA. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; **21**(4): 561-68.
12. Patah LEM, Malik AM. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. *Rev Saude Publica* 2011; **45**(1):185-94.
13. Waibel, S., Henao, D., Aller, M.B., Vargas, I. and Vázquez, M.L. (2012) What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; **24**: 39-48.
14. Kerber KJ, Graft-Johnson JE, Bhutta AZ, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007; **370**(9595): 1358–69. <http://www.who.int/pmnch/topics/20071003lancet.pdf>

15. Franciotti DL, Mayer GN, Cancelier ACL. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2010; 39 (3): 63-9.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
17. Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. Vigilância da Criança de Risco. Recife, 2008.
18. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. [acesso em junho 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
19. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014; 16(1):161-9. [acesso em julho 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>.
20. Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da VD pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude* 2011; 10(4):697-704.
21. Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde Soc.* 2010; 19(3): 605-13.
22. Cunha CLF, Gama MEA. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: Malagutti W. (org.). *Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp. [acesso em julho 2014]. Disponível: http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIA_R_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf

23. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 128 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
24. Khalaf IA, Abu-Moghli FA, Mahadeen AI, Callister LC, Al-Hadidi M. Jordanian women's perceptions of post-partum health care. *International Nursing Review* 2007; 54, 288-94.
25. Arretche MTS. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001. p.43-56.
26. 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.
27. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(1): 131-40.
28. Oliveira DC, Mandú ENT, Corrêa ACP, Tomiyoshi JT, Teixeira RC. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery* 2013; 17(3): 446-454.

Tabela 1. Características relacionadas ao pré-natal e parto de mulheres atendidas em serviço de referência do Recife, Pernambuco, Brasil, 2013

Variáveis	n	%
Local da atenção pré-natal (n=190)		
Unidade de Saúde da Família	73	38,4
Serviço de alta complexidade	60	31,7
Unidade de Saúde da Família + Alta complexidade	39	20,5
Serviço de média complexidade	12	6,3
Unidade de Saúde da Família + Média complexidade	06	3,1
Tipo de parto (n=190)		
Normal sem episiotomia	22	11,6
Normal com episiotomia	64	33,7
Cirúrgico	104	54,7
Gestação de alto risco (n=190)		
Sim	113	59,5
Não	77	40,5
Motivo do alto risco gestacional (n=113)		
Hipertensão arterial	58	51,3
Hipertensão arterial + Diabetes mellitus	13	11,5
Diabetes mellitus	06	5,3
Outras enfermidades da mulher	26	23,0
Doenças do feto	05	4,4
Mãe pré-adolescente	02	1,8
Sem informação	03	2,7
Criança de risco (n=190)		
Sim	51	26,8
Não	139	73,2
Motivo do alto risco da criança (n=51)		
Mãe <16anos	03	5,9
Prematuridade	15	29,4
Baixo peso ao nascer	17	33,3
Apgar <5 no 5º minuto de vida	01	2,0
Prematuridade + Baixo peso ao nascer	13	25,5
Mãe <16 anos + Prematuridade + Baixo peso ao nascer	02	3,9

Tabela 2. Realização de visita domiciliar e membro da equipe que realizou a visita domiciliar entre puérperas atendidas em serviço de referência do Recife, Pernambuco, Brasil, 2013

Variáveis	n	%
Membro da equipe foi ao domicílio (n=190)		
A visita foi concretizada	76	40,0
A mulher não se encontrava em casa	04	2,1
Não	110	57,9
Membro da equipe que foi ao domicílio (n=80)		
Agente comunitário de saúde	37	46,2
Agente comunitário de saúde + enfermeiro	28	35,1
Enfermeiro	10	12,5
Agente comunitário de saúde + enfermeiro + médico	02	2,5
Agente comunitário de saúde + médico	01	1,2
Enfermeiro+ médico	01	1,2
Médico	01	1,2

Tabela 3. Atenção à saúde da mulher na visita domiciliar de integrantes da Estratégia Saúde da Família entre puérperas atendidas em serviço de referência do Recife, segundo responsável pela visita, Pernambuco, Brasil, 2013

Variáveis	Visita domiciliar (n=76)				<i>p</i>
	Agente comunitário de saúde (n=35)		Profissional com ou sem o agente comunitário de saúde (n=41)		
	n	%	n	%	
Solicitou o resumo de alta	21	60,0	26	63,4	0,760
Examinou os olhos	07	20,0	17	41,5	0,045
Examinou as mamas	07	20,0	26	63,4	0,000
Examinou o abdômen	06	17,1	29	70,7	0,000
Examinou a região genital	02	5,7	19	46,3	0,000
Examinou os pontos	05	14,3	29	70,7	0,000
Examinou os membros inferiores	09	25,7	17	41,5	0,149
Examinou a quantidade do sangramento	03	8,6	09	21,9	0,111
Examinou o odor do sangramento	03	8,6	09	21,9	0,111
Perguntou sobre a existência de queixas	14	40,0	26	63,4	0,041
Perguntou sobre as condições emocionais	08	22,8	20	48,8	0,019
Perguntou sobre amamentação	24	68,6	35	85,4	0,080
Perguntou sobre sua alimentação	18	51,4	31	75,6	0,028
Explicou os cuidados com os pontos	17	48,6	28	68,3	0,081
Orientou sobre a higiene pessoal	15	42,8	24	58,5	0,173
Orientou sobre amamentação	20	57,1	29	70,7	0,217
Orientou sobre o uso de sulfato ferroso	23	65,7	34	82,9	0,084
Orientou sobre o retorno das relações sexuais	14	40,0	18	43,9	0,731
Orientou sobre o estado emocional	09	25,7	19	46,3	0,063
Orientou sobre o planejamento familiar	19	54,3	23	56,1	0,874
Informou sobre a consulta puerperal	22	62,8	26	63,4	0,959

Tabela 4. Atenção à saúde da criança na visita domiciliar de integrantes da Estratégia Saúde da Família entre puérperas atendidas em serviço de referência do Recife, segundo responsável pela visita, Pernambuco, Brasil, 2013

Variáveis	Visita domiciliar (n=76)				<i>p</i>
	Agente comunitário de saúde (n=35)		Profissional com ou sem o agente comunitário de saúde (n=41)		
	n	%	n	%	
Solicitou o resumo de alta	24	68,6	30	73,2	0,659
Solicitou a caderneta da criança	31	88,6	32	78,0	0,225
Orientou sobre a alimentação	23	65,7	31	75,6	0,343
Orientou sobre a lesão da vacina BCG	18	51,4	26	63,4	0,291
Orientou sobre a higiene da criança	20	57,1	30	73,2	0,142
Orientou sobre a limpeza do umbigo	23	65,7	34	82,9	0,084
Orientou sobre o banho de sol	22	62,8	30	73,2	0,335
Orientou sobre o teste da orelhinha	21	60,0	26	63,4	0,760
Orientou sobre o teste do pezinho	21	60,0	29	70,7	0,325
Solicitou o teste do pezinho	04	11,4	07	17,1	0,486
Agendou a consulta de puericultura	20	57,1	22	53,6	0,761

Tabela 5. Grau de satisfação sobre a visita domiciliar de integrantes da Estratégia Saúde da Família entre puérperas atendidas em serviço de referência do Recife, Pernambuco, Brasil, 2013

Grau de satisfação (n=76)	Orientações à saúde da mulher		Orientações à saúde da criança (*)		Atendimento do profissional	
	n	%	n	%	n	%
Muito satisfatório	11	14,5	15	20,0	17	22,4
Satisfatório	32	42,1	38	50,7	36	47,4
Pouco satisfatório	17	22,4	14	18,7	13	17,1
Insatisfatório	09	11,8	04	5,3	07	9,2
Muito insatisfatório	07	9,2	04	5,3	03	3,9

(*) Para uma mulher não se dispunha de informação