

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ- UNIOESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE CELS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO
DE FRONTEIRA – NÍVEL MESTRADO**

ANA TAMARA KOLECHA GIORDANI GREBINSKI

**Os cuidados promovidos ao recém-nascido no ambiente hospitalar
de três Regionais de Saúde que integram a Rede Mãe Paranaense**

**FOZ DO IGUAÇU
2019**

ANA TAMARA KOLECHA GIORDANI GREBINSKI

**Os cuidados promovidos ao recém-nascido no ambiente hospitalar
de três Regionais de Saúde que integram a Rede Mãe Paranaense**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADORA: Adriana Zilly

**FOZ DO IGUAÇU
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Grebinski, Ana Tamara Kolecha Giordani
Os cuidados promovidos ao recém-nascido no ambiente hospitalar de três Regionais de Saúde que integram a Rede MSe Paranaense / Ana Tamara Kolecha Giordani Grebinski; orientador(a), Adriana Zilly, 2019.
91 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2019.

1. Promoção em saúde. 2. Recém-nascido. 3. Atenção terciária à saúde. I. Zilly, Adriana. II. Título.

GREBINSKI, A. T. K. G. **Os cuidados promovidos ao recém-nascido no ambiente hospitalar de três Regionais de Saúde que integram a Rede Mãe Paranaense.** 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2019. ANA TAMARA KOLECHA GIORDANI GREBINSKI.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Adriana Zilly
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Profa. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Profa. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo- EERP USP

Dedico este trabalho
aos meus filhos, Pedro e Vicente, que estiveram presentes desde a gestação e percorreram, junto comigo, este caminho, trazendo alegria e bênçãos para minha vida;
ao meu esposo, Gabriel, por incentivar a conquista de meus objetivos, com paciência e companheirismo;
à minha mãe, Ana, por todo o carinho empregado nessa etapa de minha vida;
à minha irmã, Bruna, pelo apoio e ajuda ao cuidar dos meus filhos;
à minha sobrinha, Helena, pelos sorrisos que alegram meus dias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter me dado força e saúde para conquistar meus objetivos.

À Universidade e ao corpo docente, tão importantes no decorrer da minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta pesquisa. Especialmente, agradeço à Profa. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva, por me incentivar a trilhar esse caminho e realizar este estudo.

À minha orientadora, Prof. Dra. Adriana Zilly, pessoa de grande conhecimento e coração de ouro, com uma competência profissional exemplar, que fez não apenas uma orientação, mas foi conselheira, apoiando nos momentos mais difíceis e demonstrando como o ser humano é bom. Muito obrigado!

Aos colegas do mestrado, pelo apoio, amizade e alegrias.

Aos meus eternos amigos, Monica e Edward, que além de vizinhos e padrinhos dos meus filhos, foram fundamentais nos momentos de dificuldade, ajudando a cuidar e zelar pelo Pedro e pelo Vicente, dando forças para conseguir meus objetivos; não tenho palavras para descrever minha gratidão.

À minha amiga de profissão, Pamela C. Loureiro, pela amizade, incentivo e pelas palavras de apoio.

À minha família, pela compreensão nos momentos de ausência e o apoio para seguir em frente.

A todos os amigos que, direta ou indiretamente, colaboraram para que eu pudesse realizar esta conquista. Meus sinceros agradecimentos.

Faça o teu melhor,
na condição que você tem,
enquanto você não tem condições melhores,
para fazer melhor ainda!
(Mario Sergio Cortella)

GREBINSKI, A. T. K. G. **Os cuidados promovidos ao recém-nascido no ambiente hospitalar de três Regionais de Saúde que integram a Rede Mãe Paranaense.** 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMO

Introdução: Salienta-se a importância da mulher, neonato e os membros da família receberem um atendimento adequado durante o período de gestação, parto, puerpério e neonatal, pautando uma assistência com um conjunto de ações em promoção à saúde, o que é fundamental para a Rede Mãe Paranaense, bem como promover o cuidado em saúde em todos os níveis de atenção. Porém, no ambiente hospitalar, onde o cuidado é focado na cura da doença, estimular a promoção em saúde é garantir uma qualidade na assistência. **Objetivo:** Analisar o perfil de puérperas e recém-nascidos atendidos em hospitais de três Regionais de Saúde do estado do Paraná, Brasil, e avaliar o apoio e suporte para o cuidado do recém-nascido em ambiente hospitalar. **Metodologia:** Estudo descritivo de cunho quantitativo que foi desenvolvido em municípios de três Regionais de Saúde (RS): 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel e 17ª RS de Londrina, Paraná, Região Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizado por meio de um instrumento estruturado, ocorreu no ano de 2017 entre os meses de março e julho, sendo realizada por acadêmicos do quarto ano do curso de enfermagem. Para a análise dos dados quantitativos, foi realizado o teste t de Student, com 95% de confiabilidade, e para as variáveis qualitativas foi realizado o teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher. **Resultados:** As três Regionais de Saúde totalizaram 1270 entrevistas, sendo 397 na 9ª RS, 385 na 10ª RS e 488 na 17ª RS. Dentre as questões, sobre apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados com o RN ($p=0,000$), a maior taxa de afirmativas foi na 9ª RS, com 92,4% (367), seguida da 10ª RS, com 87,0% (335), e por último, a 17ª RS, com 79,5% (388). Sobre qual profissional que prestou ajuda, todas as Regionais apontaram como enfermeira ou residente de enfermagem, sendo 92,4% (339) na 9ª RS, 88,1% (297) na 10ª RS e 82,3% (325) na 17ª Regional. O banho do bebê ($p=0,000$), para as mães, pode ser uma tarefa estressante e delicada, contudo, as respostas foram positivas, 90,7% (360) na 9ª RS, 77,7% (299) na 10ª RS e 73,4% (358) na 17ª RS apontaram que receberam ajuda. Sobre a higiene do coto umbilical, houve diferença estatisticamente entre as Regionais ($p=0,000$), na 9ª RS, com 91,1% (358); na 10ª RS, com 81,3% (313) e na 17ª RS, com 77,5% (378) das puérperas citaram que receberam ajuda. Em relação à higiene perineal e à troca de fraldas ($p=0,000$), eliminação vesical ($p=0,000$) e intestinal do bebê ($p=0,000$), observa-se diferença estatística entre as Regionais. Esses cuidados também obtiveram respostas afirmativas. Sobre a amamentação, as puérperas afirmaram que receberam algum apoio ou ajuda de um profissional, obtendo 90,4% (359) na 9ª RS; 71,9% (277) na 10ª RS e 85,2% (416) na 17ª Regional. Em relação às orientações sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo, todas as Regionais obtiveram uma porcentagem significativa nas respostas “sim”, sendo 72,8% (289); 71,9% (277); 64,8% (316), respectivamente. Sobre a orientação de pega correta, amamentação em livre demanda e importância desta, também houve uma porcentagem de respostas afirmativas. **Conclusão:** A assistência ao recém-nascido nas três Regionais de Saúde, demonstrou que existe prática de cuidados, inclusive apontando o profissional enfermeiro, que auxilia a mãe nesse período, corroborando para a promoção em saúde no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Promoção em saúde; Recém-nascido; Atenção terciária à saúde.

GREBINSKI, A.T. K. G. **The care promoted to the newborn in the hospital environment of three Health Centers that integrate the Mother Network of Paraná.** 92 f. Dissertation (Master in Public Health) - State University of Western Paraná. Supervisor: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2019.

ABSTRACT

Introduction: The importance of women, newborns and family members receiving adequate care during pregnancy, childbirth, puerperium and neonatal period is emphasized. Guiding care with a set of actions in health promotion, is fundamental for Rede Mãe Paranaense, as well as promoting health care at all levels of care. But in the hospital environment where care is focused on curing the disease, encourage Health promotion is to ensure a quality of care. **Objective:** To analyze the profile of puerperal women and newborns attended at hospitals of three Regional Health Centers of the state of Paraná, Brazil, and to evaluate the support and support for newborn care in a hospital environment. **Methodology:** Descriptive study of quantitative nature that was developed in municipalities of three Health Regions (RS): 9th RS of Foz do Iguaçu, 10th RS of Cascavel and 17th RS of Londrina, Paraná, southern Brazil. Data collection was performed by means of a structured instrument, which took place in 2017 between March and July, and was performed by fourth-year nursing students. Quantitative data were analyzed using the Student's t-test with 95% reliability, and for the qualitative variables, the chi-square test or Fisher's exact test was performed. **Results:** The three health regions totaled 1270 interviews, 397 in the 9th RS, 385 in the 10th RS and 488 in the 17th RS. Among the questions about support and help to perform the first care with the NB ($p=0.000$) the highest affirmative rate was in the 9th with 92.4% (367), followed by the 10th with 87.0% (335) and last 17th with 79.5% (388). Regarding which professional who helped, all regionals indicated as Nurse or Nursing Resident, being 92.4% (339) in the 9th RS, 88.1% (297) in the 10th RS and 82.3% (325) in the 17th Regional. Baby bathing ($p=0.000$) for mothers can be a stressful and delicate task, but the responses were positive, 90.7% (360) in the 9th RS, 77.7% (299), in the 10th RS and 73.4%. (358) on the 17th RS indicated that they received help. Regarding the hygiene of the umbilical stump there was a statistical difference between the regional ($p=0.000$), in the 9th RS, with 91.1% (358); in the 10th RS, with 81.3% (313); and in the 17th RS, with 77.5% (378) of the mothers mentioned that they received help. Regarding perineal hygiene and diaper change ($p=0.000$), bladder ($p=0.000$) and intestinal elimination of the baby ($p=0.000$), there was a statistical difference between the regional ones, such care also obtained affirmative answers. Regarding breastfeeding, the mothers said they received some support or help from a professional, obtaining 90.4% (359) in the 9th RS; 71.9% (277) in the 10th RS and 85.2% (416) in the 17th Regional. Regarding the guidelines on the advantages of exclusive breastfeeding, all regionals obtained a significant percentage in the "yes" answers, being 72.8% (289); 71.9% (277); 64.8% (316), respectively. About the correct grip orientation, breastfeeding on demand and the importance also a percentage of affirmative answers. **Conclusion:** The assistance to the newborn in the three Health Regions showed that there is care practice, including the nurse, who assists the mother in this period, corroborating the health promotion in the hospital environment.

Keywords: Health promotion; Newborn; Tertiary health care.

GREBINSKI, A. T. K. G. **El cuidado promovido al recién nacido en el entorno hospitalario de tres Centros de Salud que integran la Red Madre de Paraná.** 92 f. Dissertación (Maestría en Salud Publica) - Universidad del Estado del Oeste del Paraná Líder: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMEN

Introducción: Se enfatiza la importancia de que las mujeres, los recién nacidos y los miembros de la familia reciban la atención adecuada durante el embarazo, el parto, el puerperio y el período neonatal. Orientar la atención con un conjunto de acciones en la promoción de la salud es fundamental para Rede Mãe Paranaense, así como promover la atención de la salud en todos los niveles de atención. Pero en el entorno hospitalario donde la atención se centra en curar la enfermedad, alentar La promoción de la salud es garantizar una calidad de atención. **Objetivo:** Analizar el perfil de las mujeres y recién nacidos puerperales atendidos en hospitales de tres Centros Regionales de Salud en el estado de Paraná, Brasil, y evaluar el apoyo y el apoyo a la atención del recién nacido en un entorno hospitalario. **Metodología:** Estudio descriptivo de naturaleza cuantitativa que se desarrolló en municipios de tres Regionales de Salud (RS): noveno RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel y 17ª RS de Londrina, Paraná, sur de Brasil. La recopilación de datos se realizó utilizando un instrumento estructurado, que tuvo lugar en 2017 entre marzo y julio, y fue realizado por estudiantes de enfermería de cuarto año. Los datos cuantitativos se analizaron utilizando la prueba t de Student con un 95% de fiabilidad, y para las variables cualitativas, se realizó la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Resultados: Las tres regiones de salud totalizaron 1270 entrevistas, 397 en la novena RS, 385 en la décima RS y 488 en la 17ª RS. Entre las preguntas sobre el apoyo y la ayuda para realizar la primera atención con el NB ($p=0.000$), la tasa afirmativa más alta fue en el noveno con 92.4% (367), seguido por el décimo con 87.0% (335) y último 17ª, con 79.5% (388). Con respecto a qué profesional que ayudó, todos los regionales indicaron como Enfermera o Residente de Enfermería, siendo 92.4% (339) en el noveno; 88.1% (297) en el décimo y 82.3% (325) en el decimoséptimo Regional. El baño de bebés ($p=0.000$) para las madres puede ser una tarea estresante y delicada, pero las respuestas fueron positivas, 90.7% (360) en el noveno, 77.7% (299) en el décimo y 73.4%. (358) el 17 indicaron que recibieron ayuda. En cuanto a la higiene del muñón umbilical hubo una diferencia estadística entre los regionales ($p=0,000$), en el noveno con 91.1% (358); en el 10 con 81.3% (313); y en el 17 con el 77.5% (378) de las madres mencionaron que recibieron ayuda. En cuanto a la higiene perineal y el cambio de pañales ($p=0.000$), vejiga ($p=0.000$) y eliminación intestinal del bebé ($p=0.000$), hubo una diferencia estadística entre los regionales, dicha atención también obtuvo respuestas afirmativas. Con respecto a la lactancia materna, las madres dijeron que recibieron algún apoyo o ayuda de un profesional, obteniendo 90.4% (359) en el noveno, 71.9% (277) en el décimo y 85.2% (416) en el decimoséptimo regional. Con respecto a las pautas sobre las ventajas de lactancia materna exclusiva, todos los regionales obtuvieron un porcentaje significativo en las respuestas "sí", siendo 72.8% (289); 71,9% (277); 64.8% (316), respectivamente. Acerca de la orientación correcta del agarre, la lactancia materna bajo demanda y la importancia también de un porcentaje de respuestas afirmativas. **Conclusión:** La asistencia al recién nacido en las tres Regiones de Salud mostró que existe una práctica de cuidado, incluida la enfermera, que ayuda a la madre en este período, corroborando la promoción de la salud en hospitales.

Palabras Clave: Promoción de la salud; Recién nacido; Atención terciaria de salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AC	Alojamento Conjunto
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária em Saúde
AR	Alto Risco
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPI	Centro de Epidemiologia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DVIEP	Divisão de Informações Epidemiológicas
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LGBTI	Lésbica, gay, bissexual, travesti e transsexual e intersex
Mercosul	Mercado Comum do Sul
NV	Nativo
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RH	Risco Habitual
RI	Risco Intermediário
RMP	Rede Mãe Paranaense
RN	Recém-nascido
RS	Regionais de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SIS-Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UEL	Universidade Estadual de Londrina
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unioeste	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil sociodemográfico das mulheres em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019.....	44
Tabela 2	Análise dos aspectos sociodemográficos das mulheres em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019.....	45
Tabela 3	Perfil clínico das mulheres em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019.....	46
Tabela 4	Análise dos aspectos clínicos das mulheres em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019.....	47
Tabela 5	Perfil das características do nascimento em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019.....	49
Tabela 6	Análise das características do nascimento em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019.....	49
Tabela 7	Perfil dos aspectos operacionais em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019.....	51
Tabela 8	Análise dos aspectos operacionais em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019.....	52
Tabela 9	Perfil dos aspectos operacionais na 9ª Regional de Saúde e a variável etnia, Foz do Iguaçu, Paraná, 2019.....	53
Tabela 10	Perfil dos aspectos operacionais na 9ª Regional de Saúde e a variável escolaridade, Foz do Iguaçu, Paraná, 2019.....	53
Tabela 11	Perfil dos aspectos operacionais na 9ª Regional de Saúde e a variável idade, Foz do Iguaçu, Paraná, 2019.....	54
Tabela 12	Perfil dos aspectos operacionais na 10ª Regional de Saúde e a variável etnia, Cascavel, Paraná, 2019.....	55
Tabela 13	Perfil dos aspectos operacionais na 10ª Regional de Saúde e a variável escolaridade, Cascavel, Paraná, 2019.....	56
Tabela 14	Perfil dos aspectos operacionais na 10ª Regional de Saúde e a variável idade, Cascavel, Paraná, 2019.....	57
Tabela 15	Perfil dos aspectos operacionais na 17ª Regional de Saúde e a variável etnia, Londrina, Paraná, 2019.....	58
Tabela 16	Perfil dos aspectos operacionais na 17ª Regional de Saúde e a variável escolaridade, Londrina, Paraná, 2019.....	59
Tabela 17	Perfil dos aspectos operacionais na 17ª Regional de Saúde e a variável idade, Londrina, Paraná, 2019.....	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivo Específico.....	16
3 QUADRO TEÓRICO.....	17
3.1 Metas do milênio sustentável para a saúde da mãe e da criança.....	17
3.2 Políticas públicas na saúde materno-infantil	19
3.3 Rede Mãe Paranaense.....	20
3.4 Aspectos culturais em Região de Fronteira	23
3.5 Cuidados ao binômio mãe e recém-nascido na atenção terciária.....	25
3.5.1 Trabalho de parto e nascimento	26
3.5.2 Nascimento, condições ideais e intercorrências com o recém-nascido.....	27
3.6 Cuidados de enfermagem para o recém-nascido na atenção terciária.....	28
3.6.1 Cuidados no nascimento.....	29
3.6.2 Cuidados após o nascimento.....	30
3.6.2.1 Banho no recém-nascido.....	30
3.6.2.2 Higiene e curativo do coto umbilical.....	32
3.6.2.3 Troca de fraldas e higiene perineal.....	32
3.6.2.4 Eliminação intestinal e vesical.....	33
3.6.2.5 Amamentação.....	33
3.7 Atuação da enfermagem em promoção à saúde.....	34
4 JUSTIFICATIVA.....	36
5 METODOLOGIA.....	38
5.1 Material e métodos.....	38
5.2 Local de estudo.....	38
5.2.1 Caracterização das Regionais de Saúde.....	39
5.3 Amostra do estudo.....	41
5.4 Fonte dos dados.....	42
5.5 Instrumento e coleta de dados.....	42
5.6 Análise dos dados.....	43
5.7 Aspectos éticos.....	43

6 RESULTADOS	44
7 DISCUSSÃO	62
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	87
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....	88
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	90

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que a mulher compõe uma parcela acima de 50% da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), compondo, assim, um segmento fundamental para as políticas de saúde, o que exige um olhar ampliado deste sistema (BRASIL, 2010).

No que tange ao atendimento à gestante, salienta-se a importância da mulher gestante, do neonato e dos membros da família receberem atendimento adequado durante todo o período de gravidez, durante o trabalho de parto, como também no pós-parto e neonatal. Essa assistência deve ser pautada não apenas em procedimentos clínicos, mas em um conjunto de ações como promoção da saúde, acolhimento, estabelecimento de vínculo, entre outras tecnologias leves, com o intuito de desenvolver a autonomia da mulher para o autocuidado e cuidados com o recém-nascido (DUARTE; MAMEDE, 2013).

Para melhorar a assistência à gestante e ao recém-nascido, as ações devem ser planejadas, levando-se em consideração os fatores de risco relacionados à mortalidade materna e neonatal como um indicador importante que reflete as condições socioeconômicas, reprodutivas e, principalmente, as relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos (KASSARA et al., 2013).

Sob essa premissa, em 2012, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), foi implementada a Rede Mãe Paranaense (RMP), representando um conjunto de intervenções que visa à redução dos índices de mortalidade materna e infantil no estado do Paraná, garantindo, com isso, o acesso e atenção a todas as mulheres e crianças menores de um ano de idade, bem como promovendo o cuidado seguro e de qualidade (PARANÁ, 2018a).

Para a garantia da diminuição dos índices de mortalidade tanto materna quanto infantil, é necessário oferecer um atendimento humanizado, eficiente e de qualidade nos três níveis de atenção, ou seja, deve-se realizar todo acompanhamento à mulher durante a gestação, no parto e puerpério, bem como ao recém-nascido. Nesse sentido, as instituições hospitalares devem focar a atenção na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido (RN), englobando todo o conhecimento da mulher adquirido durante o acompanhamento do período pré-natal e estendendo-os para os cuidados com o RN, aplicado, na prática, após o nascimento. Desse modo, é imprescindível a interlocução entre os níveis de atenção em saúde para o fluxo ser contínuo e de qualidade. Manter a qualidade de vida para a mãe e para

o bebê, mediante o processo de gestão em saúde após a alta também é primordial. Sendo assim, o hospital, como parte dos serviços de saúde, deve constituir uma instituição comprometida com o planejamento da assistência, para que ocorra a promoção em saúde, inserindo-a na perspectiva de modelo de atenção que busca a qualidade de vida das diferentes populações (LEAL et al., 2015).

Em conformidade com o que estabelece a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986), por intermédio da Carta de Ottawa, datada no ano de 1986, definiu-se promoção em saúde como o processo que capacita a pessoa a tomar o controle e a melhorar a sua qualidade de vida e saúde. Para atingir um estado de completo de bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Em relação a esta premissa, Freire et al. (2016) asseveram que a saúde deve ser vista como um recurso à vida, e não como objetivo de viver. Ou seja, o indivíduo necessita desenvolver, de forma plena e efetiva, capacidades e competências que facilitem a sua adaptação às várias etapas do seu ciclo vital e aos seus processos de saúde e doença.

Nesse sentido, para a RMP, é fundamental que ocorra planejamento da assistência, bem como promoção do cuidado em saúde em todos os níveis de atenção. Ademais, no ambiente hospitalar, onde o cuidado é focado na cura da doença, além de o estímulo à promoção em saúde ser vital, é necessária a garantia da qualidade na assistência, e após, mantê-la para o binômio mãe-filho, possibilitando às pessoas que se tornem capacitadas para buscar melhores resultados em cada nova etapa da vida.

Sob tais pressupostos, este estudo é uma parte de um projeto que foi desenvolvido no Estado do Paraná com as cidades das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina, sendo algo multicêntrico. Assim, possibilitar identificação das lacunas entre a realização da promoção em saúde no ambiente hospitalar, como também assinalar quais os cuidados relativos ao recém-nascido devem ser realizados sob o olhar da mãe, como usuária do SUS e integrante do RMP. Para a compreensão desta realidade, parte-se do seguinte problema: quais são os cuidados promovidos ao recém-nascido, no ambiente hospitalar, sob a perspectiva da mulher/usuária, integrante da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde (RS) do Paraná?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o perfil de puérperas e recém-nascidos atendidos em hospitais de três Regionais de Saúde do estado do Paraná, Brasil, e avaliar o apoio e suporte para o cuidado do recém-nascido em ambiente hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

- Comparar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães/usuárias do Sistema Único de Saúde que integram a Rede Mãe Paranaense no nível terciário de atenção à saúde das três Regionais de Saúde.

- Delinear as condições de nascimento e características de saúde dos recém-nascidos no ambiente hospitalar das três Regionais de Saúde.

- Identificar, sob o olhar da mãe, o profissional que promove a educação em saúde no ambiente hospitalar das três Regionais de Saúde.

3 QUADRO TEÓRICO

Para a construção do marco teórico de referência, é preciso, primeiramente, abordar os seguintes componentes necessários à compreensão do problema que serve de eixo norteador ao presente estudo: a) metas do milênio sustentável para a saúde mãe e criança; b) políticas públicas da saúde materno-infantil; c) aspectos sobre Região de Fronteira; d) implementação e características da RMP; e) cuidados ao binômio mãe-bebê; f) trabalho de parto; g) características do nascimento com condições ideais e intercorrências com o recém-nascido; h) atuação da enfermagem com as puérperas e recém-nascido; i) cuidados de enfermagem com o recém-nascido no ambiente hospitalar.

3.1 Metas do milênio sustentável para a saúde mãe e criança

No ano de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu as metas do milênio por meio de oito objetivos, conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), devendo ser alcançados até o ano de 2015, assim descritos:

- 1) acabar com a fome e a miséria;
- 2) oferecer educação básica de qualidade para todos;
- 3) promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
- 4) reduzir a mortalidade infantil;
- 5) melhorar a saúde das gestantes;
- 6) combater a AIDS, a malária e outras doenças;
- 7) garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente;
- 8) estabelecer parcerias para o desenvolvimento. (PNUD BR, 2015, n.p).

Importante destacar que o Brasil evoluiu em relação ao cumprimento desses objetivos e trilhou o caminho para cumprir as metas até o prazo para o seu alcance - 2015. Assim o Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2015), o desempenho brasileiro foi possível em função da participação social e de uma série de políticas públicas colocadas em prática nos últimos anos as quais trouxeram impactos positivos sobre os ODM. Para cada um dos objetivos, existem políticas públicas que vêm aproximando o Brasil do cumprimento das referidas metas (PNUD BRASIL, 2015).

Em relação ao quarto objetivo, o Brasil conseguiu o seu alcance com quatro anos de antecedência, obtendo uma redução da taxa de mortalidade infantil, que caiu de 26,1 óbitos em 2001 para 15,7 em 2011. Iniciativas como o Programa Brasil Carinhoso e a Rede

Cegonha desenvolveram ações que foram responsáveis pelo bom desempenho em relação ao ODM 4, reduzindo, assim, a mortalidade infantil. Outras iniciativas como a Vigilância da Mortalidade Infantil e Fetal, o Programa Nacional de Imunização e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil contribuíram de modo significativo ao esforço do Governo Federal para reduzir o índice de óbitos de crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2013b).

Com a implantação de políticas públicas, compromisso governamental, além de recursos adequados e estratégias sólidas, o Paraná implantou, em 2012, a Rede Mãe Paranaense que, unindo-se aos demais projetos contribuiu para atingir o respectivo objetivo proposto em 2000, melhorando a saúde materna e infantil no estado do Paraná.

Com tais iniciativas, no ano de 2015, apresentou-se uma oportunidade para reunir os países e a população global para decidir sobre novos caminhos, com o intuito de melhorar a vida das pessoas em todos os lugares. Essas decisões determinaram o curso global de ação para acabar com a pobreza, promovendo a prosperidade e o bem-estar a todos, além de proteger o meio ambiente e enfrentar as mudanças climáticas. Sob essa ótica, nesse mesmo ano, adotou-se a nova agenda de desenvolvimento sustentável, a Agenda 2030 (PNUD BRASIL, 2015).

Para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, as ações devem ser efetivamente implantadas, e aos governos cabe a responsabilidade de executar, acompanhar e avaliar, tanto em âmbito nacional quanto regional, o progresso para o alcance dos objetivos estabelecidos até o ano de 2030. Para o PNUD, as metas correspondentes ao objetivo 3 da Agenda 2030, para melhorar a saúde materna e infantil são apontadas como prioridades, a saber:

- reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;
- até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, até 25 por 1.000 nascidos vivos;
- até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;
- atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais, seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos;
- reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde. (PNUD BRASIL, 2015, n.p).

Como estratégia de atuação, o Brasil foca em: a) áreas vulneráveis e populações de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sobretudo nas regiões de pobreza e extrema pobreza do Norte e do Nordeste, mulheres afrodescendentes, lésbica, gay, bissexual, travesti e transsexual e intersex (LGBTTI), indígenas e agroextrativistas; b) expansão das parcerias com estados e municípios; c) intensificação das parcerias existentes com a sociedade civil, setor privado e universidades e desenvolvimento de novas alianças; d) ação conjunta com outros organismos da ONU no país e centros de pesquisa e serviços globais (PNUD BRASIL, 2015).

Salienta-se a importância da manutenção da saúde física e mental e do bem-estar para o aumento da expectativa de vida da população. Para tanto, deve-se alcançar a cobertura universal de saúde e o acesso aos cuidados de saúde de qualidade, com a finalidade de acelerar os progressos na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um fim a todas as mortes evitáveis antes de 2030 (PNUD BRASIL, 2015).

3.2 Políticas públicas na saúde materno-infantil

Dentre as propostas para reorganização das políticas públicas no Brasil, uma das estratégias desenvolvidas foi a implantação das Redes de Atenção em Saúde (RAS), cujo objetivo norteador é garantir os princípios do SUS, gerenciando os pontos de atenção em saúde nos diferentes níveis de complexidade, integrando a flexibilidade e a interdependência entre as organizações, construindo, desse modo, um sistema de atenção em saúde de qualidade (MENDES, 2011).

Para o referido autor, a implantação das RAS implica melhorias na eficácia da produção de saúde e eficiência da gestão do sistema de saúde, contribuindo para avanços nos processos do SUS, o que permite uma proposta de inovação na gestão dos sistemas de saúde. Assim, no Brasil, embora sejam representativos os avanços alcançados nos últimos anos pelo SUS, há uma modificação demográfica na saúde nacional, marcada por uma transição acelerada e expressa por uma situação de tripla carga de doenças: a) infecciosas e carenciais; b) causas externas; c) condições crônicas.

De acordo com Silva e Vieira (2014), as RAS configuram-se em conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si, cujo propósito é ofertar atenção continuada e integral à população. No caso de gestantes, puérperas e crianças, o Brasil tem contribuído para a eficácia dessas estratégias ao garantir uma assistência de qualidade com a implantação dos

Programas Brasil Carinhoso e Rede Cegonha. Em conjunto, essas ações alcançaram uma redução das taxas de mortalidade materno-infantil. Ademais, houve um significativo avanço nas políticas públicas relativas à saúde nacionalmente.

Convém ressaltar que o Programa Rede Cegonha foi implantado por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com o intento de promover melhorias na assistência e humanização à saúde materno-infantil nacionalmente. Ou seja, adotou-se uma estratégia para aplicar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, no nascimento, no crescimento e no desenvolvimento da criança, garantindo a integralidade, o acolhimento e a resolutividade para redução da mortalidade materna, infantil e neonatal no Brasil (BRASIL, 2014). Este Programa é caracterizado como o mais completo, elaborado pelo Governo Federal, as ações desenvolvidas nos ciclos de vida da mulher e criança, consideram desde a pré-concepção, gestação, parto, nascimento até puerpério, abrangendo estratégias de promoção em saúde em todas as etapas, visando à assistência tanto para a mulher quanto para a criança (CASSIANO et al., 2014).

Já o Programa Brasil Carinhoso foi implantado em 2012, pela Lei nº 12.722, de 3 de outubro de 2012, visando ao repasse de recursos financeiros para os municípios poderem custear a manutenção e o desenvolvimento da educação infantil de 0 a 48 meses de vida, contribuindo, assim, para o cuidado integral, segurança e nutricional das crianças do Brasil (BRASIL, 2012a).

Infere-se, portanto, que as ações de atenção à saúde da mulher devem estar ligadas às ações de atenção à saúde da criança, garantindo ações ampliadas e humanizadas no SUS. Contudo, ainda se mantêm índices de mortalidade materna elevados, sendo um desafio para o sistema de saúde. Para tanto, dentre outros projetos que, em conjunto, auxiliam para cumprir os indicadores epidemiológicos da saúde materno-infantil, destacam-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Somadas a esses, as ações de Vigilância de Óbitos Materno, articuladas entre si, garantem a melhoria dos indicadores de óbito materno e infantil (BRASIL, 2012b; PARANÁ, 2018b).

3.3 Rede Mãe Paranaense

A partir do surgimento da Rede Cegonha e do Programa Mãe Curitibana, cada estado assumiu a responsabilidade de implementação de Programas voltados à saúde materno-

infantil. Nessa perspectiva, em 2012, a SESA incorporou ao sistema de atenção à saúde materno-infantil a Rede Mãe Paranaense (RMP) (PARANÁ, 2018a). Desde sua implantação, a RMP tem apresentado resultados favoráveis no que tange à redução da mortalidade materna e infantil no estado. Além disso, com a união de gestores, profissionais de saúde, instituições de ensino e da sociedade, o alcance de melhores resultados foi expressivo, uma vez que as metas estabelecidas pela ONU foram devidamente atingidas, um marco para a história da saúde pública e materno-infantil. Salienta-se que as ações da RMP salvaram mais de mil gestantes e bebês, sendo motivo de orgulho e motivação para a Secretaria de Saúde do Estado (PARANÁ, 2018a).

Ao incluir valores de compromisso, ética, e principalmente humanização no acompanhamento da mulher e da criança, a RMP tem como meta manter um padrão de assistência de qualidade e diminuir as ocorrências de óbitos maternos e infantis. Para tanto, propõe a captação precoce da gestante e seu acompanhamento no pré-natal, incluindo, pelo menos, sete consultas, exames, estratificação de risco das gestantes e crianças, atendimento em ambulatório especializado, além de garantir o parto por meio de vinculação ao hospital, conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2018a).

De acordo com as estratégias de melhorias nos níveis de atenção ao cuidado à mulher e à criança, foram propostas modificações nos três níveis de atenção em saúde: primário, secundário e terciário, incluindo um atendimento continuado, integrado e interligado, garantindo, como já mencionado, uma assistência de qualidade.

Para a SESA (PARANÁ, 2018a), a Atenção Primária em Saúde (APS), por configurar a porta de entrada da rede, ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. Desse modo, considera a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento e o da criança são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade. Sendo assim, a educação em saúde sobre os cuidados e práticas essenciais ao recém-nascido foi integrada aos serviços pré-natais de rotina e reenfaturada no período pós-natal para ajudar a melhorar o conhecimento e atitudes em relação ao RN (AMOLO; IRIMU; NJAI, 2017).

A atenção secundária inclui o Centro Mãe Paranaense, visando ao acompanhamento ambulatorial, com equipe multidisciplinar para a gestante e à criança, estratificada como de alto risco ou risco intermediário, conforme estabelecido na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. A equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense realiza atendimentos e orientações, complementando as ações desenvolvidas pelas equipes da APS (PARANÁ, 2018a).

A atenção terciária envolve a assistência hospitalar a qual a gestante procura conforme foi vinculada durante o pré-natal. A esta atenção compete receber a gestante em trabalho de parto e /ou para tratamento clínico, realizar o parto, atender o recém-nato, realizar o teste de triagem neonatal, realizar as orientações de alta e encaminhar para a APS (PARANÁ, 2018a).

Além das ações realizadas nos três níveis de atenção em saúde, outro ponto importante que deve ser realizado é a estratificação de risco da gestante e do bebê. Este processo auxilia na detecção precoce do risco ao qual a gestante e a criança são enquadradas. Este dado é anotado na carteira de saúde, além das consultas, exames e resultados, vinculando-se aos serviços especializados de acordo com o risco apresentado. Assim, a carteira é um meio de comunicação entre as equipes que integram a RMP, a APS, os centros especializados e o hospital (PARANÁ, 2018a).

De acordo com a RMP, há três graus de risco que a gestante pode ser estratificada, isto é, risco habitual, risco intermediário e alto risco. Do risco habitual fazem parte as mulheres que não apresentam fatores individuais que podem trazer riscos, tais como fatores sociodemográficos, antecedentes ginecológicos, antecedentes clínicos ou algum agravamento já existente. Do risco intermediário fazem parte as mulheres que apresentam algum fator de risco relacionado às características individuais, como raça e/ou etnia, idade (abaixo de 20 anos e acima de 40 anos), escolaridade e antecedentes obstétricos com abortos ou morte neonatal (PARANÁ, 2018b).

Do alto risco fazem parte as mulheres que apresentam doença clínica pré-existente, a exemplo de: cardiopatias, pneumopatias, hipertensão arterial, hemopatias, doenças autoimunes, endocrinopatias, neoplasias, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, psicose e depressão grave, dentre outras. Além disso, algumas intercorrências clínicas durante a gestação, doenças infectocontagiosas, doença hipertensiva específica da gestação, retardo do crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, amniorrexe prematura, má-formação fetal, macrossomia, dentre outras. A estratificação de risco da gestante e do bebê é relevante para a RMP, pois define a vinculação do pré-natal ao hospital, tendo em vista o atendimento das intercorrências na gestação e no parto (PARANÁ, 2018a).

De acordo com a respectiva Secretaria, a implantação de ações na atenção materno-infantil tem como base a análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que apresentam atualmente uma diminuição. Um estudo realizado após a implementação da RMP aponta, no estado do Paraná, entre os anos de 2011 a 2014, uma redução na taxa de

mortalidade materna de 51,68/100.000 nativos (NV) para 40,66/100.000 NV, representando uma redução expressiva de 7,8% em quatro anos. Além disso, a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 11,65/1000 NV em 2011 para 11,19/1000NV em 2014, com uma pequena queda a cada ano (DEMITI; GASQUEZ, 2017).

Para Caldeira et al. (2017), para tratar de políticas, programas e avaliação em saúde, é necessário destacar que mundialmente são estudadas e elaboradas estratégias capazes de qualificar os serviços de atenção por meio de ações efetivas, eficientes e equânimes, visando à promoção, à prevenção, à assistência e à reabilitação dos indivíduos.

3.4 Aspectos culturais em Região de Fronteira

Em conformidade com Guerra e Ventura (2017), a faixa fronteiriça do Brasil é extensa, composta por 569 municípios em 15.719 km de distância, sendo alvo de procura por atendimento pelos cidadãos dos outros estados que compõem o Mercado Comum do Sul (Mercosul), uma realidade rotineira dos municípios fronteiriços brasileiros.

O Mercosul apresenta uma trajetória de reaproximação entre os países latinos americanos, tendo como pioneiros o Brasil, a Argentina, o Paraguai e o Uruguai nessa etapa da história mundial, estabelecendo a promoção da cooperação, do desenvolvimento, da paz e da estabilidade na América do Sul, além da garantia da interação de bens, serviços e fatores produtivos entre os países (SILVA; FERREIRA, 2016).

Nesse contexto, um dos municípios fronteiriços da Região do Sul do país é Foz do Iguaçu, compondo um papel importante na Mesorregião Oeste do Paraná, pois forma, em conjunto com Ciudad Del Este (Paraguai) e Puerto Iguazu (Argentina), uma espécie de “metrópole tri-nacional”, concentrando uma variedade de atividades transfronteiriças (ROSEIRA, 2006).

Importante ressaltar que os sistemas de saúde são assimétricos nos aspectos organizacionais na Região de Fronteira, devido ao fluxo de pessoas entre os países, o que reflete uma complexidade em adequar a atenção em saúde para essa população (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011). Observa-se ainda que, nesse espaço geográfico, os sistemas de saúde devem levar em consideração a dimensão organizativa de prestação de serviços, e as ações devem ser oferecidas à população que transita por ambos os lados da Fronteira (FAGUNDES et al., 2018).

Para Guerra e Ventura (2017), os fluxos imigratórios constituem um fenômeno global em ritmo crescente, tornando relevantes as intervenções sobre políticas públicas para o acesso à saúde, possibilitando, desse modo, que essa parcela da população tenha os direitos garantidos e as necessidades atendidas.

Nesse sentido, os serviços de saúde merecem um olhar especial e abrangente, fundamentado nos princípios do SUS, haja vista a garantia de assistência para todos. Assim, para garantir o acesso à saúde aos imigrantes, torna-se necessária a criação de políticas públicas estruturadas, para que obtenham resultados positivos. Para tanto, o governo brasileiro criou, em 2005, o Programa Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), uma ação desenvolvida para o acesso aos imigrantes, com a finalidade de organizar os sistemas nos municípios de Fronteiras como Argentina, Paraguai e Uruguai (GUERRA; VENTURA, 2017).

Considerando que a organização dos protocolos de atenção à saúde materno-infantil permanece como um desafio para regiões fronteiriças, devido à flexibilização de descolamento entre os países vizinhos e ao acesso aos serviços de saúde gratuitos no Brasil, a principal dificuldade está relacionada ao acompanhamento das gestantes em tempo oportuno. Além disso, à realização de exames necessários para garantir uma gestação segura, o que contribui para uma assistência em saúde de qualidade, prevenindo doenças.

Para Mello, Victora e Gonçalves (2015), na Fronteira, muitos dos problemas ligados ao atendimento materno-infantil estão atrelados a aspectos históricos, tendo em vista que os brasiguaios (brasileiras moradoras no Paraguai) ainda estão em busca de um apoio. Nesse caso, para fazer valer os seus direitos em saúde, haja vista que se trata de uma população que se encontra literalmente na Fronteira, inclusive no que tange a seus direitos, à identidade e à visibilidade.

Em relação ao atendimento para as gestantes, foi criado um Centro Materno Infantil (CMI), oriundo dos recursos do Sis- Fronteiras em 2007. A assistência prestada visa o livre acesso ao pré-natal das gestantes brasiguaias, sendo o único serviço no país que atende exclusivamente gestantes brasileiras que moram no exterior (MELLO; VICTORIA; GONÇALVES, 2015).

3.5 Cuidados ao binômio mãe e recém-nascido na atenção terciária

Para a SESA, as ações de promoção, prevenção e assistência para a mãe e para o bebê têm grande importância, pois influenciam as condições de saúde desde a gravidez, período neonatal até a vida adulta, causando ou não problemas crônico-degenerativos na vida como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, saúde mental, entre outros (PARANÁ, 2018a).

Para uma atenção ao binômio mãe-filho, é fundamental a interlocução entre os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, acordos para o funcionamento dos serviços e definição de atribuições e responsabilidades dos profissionais. Só assim é possível uma atenção integral que garanta a continuidade da assistência, otimizando recursos e provendo atenção resolutiva, com potencial de redução da mortalidade por causas evitáveis e sequelas que podem comprometer a vida das crianças e, por extensão, de suas famílias (PARANÁ, 2018a).

A qualidade da assistência obstétrica e neonatal depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado. É necessário, portanto, que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito, visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério (ANDRADE; LIMA, 2014).

O estabelecimento de medidas e estratégias para melhorias na saúde da gestante e do RN apresentam-se como grandes desafios para a redução da mortalidade infantil no país e para a promoção da qualidade de vida. Sendo assim, torna-se necessária a conformação de redes regionalizadas e efetivas de atenção perinatal, nas quais a unidade hospitalar constitua-se em um dos pontos de atenção, uma vez que isoladamente não é suficiente para prover o cuidado integral (PARANÁ, 2018a).

A partir dessa proposta, nota-se o reconhecimento de ações para promoção da saúde no período pós-parto para mãe e bebê, o que é fundamental para prevenir doenças, agravos e mortes. Para tanto, afirma-se a necessidade de reforçar a atenção no puerpério, momento oportuno para a atuação dos profissionais de saúde, uma vez que, nesse período, as ações se voltam a duas clientelas vulneráveis e que desempenham importantes papéis na família- a mulher e a criança (ANDRADE et al., 2015).

Em consonância com o exposto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016, n.p) determina: “o momento do pós-parto é muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais.” De forma muito bem consolidada, o nascimento caracteriza-se pela adoção de várias tecnologias e procedimentos, cujo objetivo é de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho ou filha. De fato, os avanços da obstetrícia têm contribuído para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo (BRASIL, 2017b).

Para Andrade et al. (2015), a assistência dos profissionais da saúde ao binômio mãe-filho, tanto no ambiente hospitalar quanto no ambiente doméstico é fundamental para redução da morbimortalidade materno-infantil, fortalecendo, assim, a qualidade de vida de mães, crianças e respectivas famílias.

3.5.1 Trabalho de parto e nascimento

O atendimento à mulher durante o trabalho de parto e nascimento deve ser realizado por profissionais capacitados, que saibam identificar as necessidades da mulher e da família. Nesse sentido, Andrade e Lima (2014) asseveram que, nas unidades de cuidado, a mulher deve ser acolhida e o seu atendimento deve ser priorizado de acordo com o grau de risco que apresenta no respectivo momento. Sendo assim, as atitudes dos membros da equipe de atenção em relação à mulher devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu cuidado.

Além disso, os referidos autores afirmam que o reconhecimento de valores culturais, de crenças, das necessidades e das expectativas relativas tanto à gravidez quanto ao parto e ao nascimento são basilares para um tratamento individualizado e que leve em consideração, de forma prioritária, o cuidado. Logo, isso é fundamental para a humanização do cuidado da mulher e do RN.

Para o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, a humanização compreende, pelo menos, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro aspecto

refere-se à adoção de medidas e procedimentos benéficos ao acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, acarretando, com frequência, maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Infere-se, portanto, que as mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais devem estabelecer uma relação de confiança, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Da mesma forma, devem estar conscientes da importância das atitudes, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como da forma como os cuidados são prestados (BRASIL, 2017b).

De acordo com a SESA, compete aos serviços de atenção hospitalar receber a gestante em trabalho de parto e/ou para tratamento clínico a fim de realizar o parto, assim como atender o recém-nato conforme diretrizes. A atenção qualificada ao parto considera não apenas a estrutura hospitalar (equipamentos e recursos humanos), mas também o processo assistencial, isto é, acompanhamento adequado do trabalho de parto, utilização do partograma, promoção do trabalho de parto fisiológico, evitando-se intervenções desnecessárias que interferem na sua evolução (como ocitocina endovenosa de rotina, restrição ao leito, jejum, entre outras) e assistência adequada na sala de parto (PARANÁ, 2018a).

Para Silva et al. (2017), o cuidado no parto e no nascimento envolve uma conduta altruísta, sendo necessário que a equipe assista à mulher de forma individualizada e integral. Além disso, esse cuidado pode implicar positiva ou negativamente no processo de gestação e parto da mulher, do recém-nascido, do companheiro e até mesmo da família (SILVA et al., 2017).

3.5.2 Nascimento, condições ideais e intercorrências com o recém-nascido

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), para avaliação da vitalidade no nascimento, é necessária a aplicação do Índice de Apgar no 1º no 5º minuto de vida. As letras correspondem respectivamente a: A - Activity (tônus muscular); P - Pulse (frequência cardíaca); G - Grimace (prontidão reflexa); A - Appearance (coloração da pele); R - Respiration (respiração). Nesse sentido, o exame avalia cinco aspectos do neonato: tônus muscular, frequência cardíaca, esforço respiratório, irritabilidade reflexa e coloração da pele,

atribuindo-se uma nota de 0 a 2 para cada item, podendo atingir no máximo a somatória de 10 pontos, e dependendo da nota apresentada, é necessária uma reanimação. Além disso, conhecer o perfil do recém-nascido a partir do Índice de Apgar, levando-se em consideração as variáveis maternas, é relevante, pois pode revelar fatores de risco relacionados, o que auxilia no sentido de prevenir óbitos neonatais (MUNIZ et al., 2016).

Para Moore et al. (2016), os neonatos com boa vitalidade têm a indicação de permanecer em contato com a mãe precocemente. Esse contato é realizado com o bebê nu, colocado sobre o peito nu da mãe. O contato pele a pele proporciona a estabilização do RN, bem como os níveis de glicemia e temperatura corporal. Já para a mãe os benefícios estão relacionados ao bem-estar mental, com diminuição de ansiedade e estresse. Importante destacar que o fator preponderante dessa ação é o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), (2016), se no momento do nascimento, o RN, com idade gestacional entre 37 a 41 semanas, respira ou chora e apresenta tônus muscular em flexão, ou seja, braços e pernas flexionados, independentemente do aspecto do líquido amniótico, apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão umbilical.

Diferentemente, no caso de resposta negativa a, pelo menos, uma das três perguntas iniciais relativas à gestação a termo, respiração ou choro presente e tônus muscular em flexão, o RN deve ser conduzido à mesa de reanimação. Dessa forma, pacientes com idade gestacional diferente do termo (34/7-36/7 semanas - pré-termo tardios ou $\geq 42/7$ semanas - pós-termo), recém-nascidos que não iniciam movimentos respiratórios regulares e/ou aqueles em que o tônus muscular está flácido precisam ser conduzidos à mesa de reanimação, indicando-se os passos iniciais da estabilização na seguinte sequência: a) prover calor; b) posicionar a cabeça em leve extensão; c) aspirar boca e narinas (se necessário); d) secar. Tais passos devem ser executados em, no máximo, 30 segundos (SBP, 2016).

3.6 Cuidados de enfermagem para o recém-nascido na atenção terciária

A equipe de enfermagem, como parte integrante da equipe multiprofissional no atendimento ao RN, deve ser capacitada para realizar os devidos cuidados pós-nascimento, além disso, identificar as possíveis complicações e eventos adversos, garantindo qualidade e segurança na assistência. Logo, contar com o suporte de um profissional capacitado é

fundamental para a mãe, pois aumenta a confiança entre equipe e família, bem como auxilia nos cuidados imediatos com o RN. Para tanto, o profissional da enfermagem deve utilizar promoção em saúde para garantir a continuidade do cuidado focado e eficiente tanto para a mãe quanto para o bebê.

Consolidado em nosso meio, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro à mulher e ao bebê. De fato, os avanços da obstetrícia têm contribuído para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo (BRASIL, 2017b).

3.6.1 Cuidados no nascimento

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), realizar o atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetriz ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto até que o RN seja encaminhado para outro setor ou seja mantido junto à sua mãe.

De acordo com as novas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, em relação aos cuidados no nascimento destacam-se:

- realizar o Índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida, rotineira;
- coletar sangue de cordão para análise de pH em recém-nascidos com alterações clínicas, tais como respiração irregular e tônus diminuído. Não fazer a coleta de maneira rotineira e universal;
- não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável;
- não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável;
- realizar o clampamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contraindicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal;
- a profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada até 4 horas no recém-nascido;
- administrar vitamina K por via intramuscular, em dose única de 1 mg;
- ao nascimento, avaliar as condições do recém-nascido: especificamente a respiração, frequência cardíaca e tônus;
- minimizar a separação do recém-nascido e sua mãe, levando em consideração as circunstâncias clínicas;
- estimular contato pele-a-pele imediato da mãe com a criança logo após o nascimento;
- evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina, tais como pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido;

- estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida;
- registrar a circunferência cefálica, temperatura corporal e peso após a primeira hora de vida;
- realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer transferência. (BRASIL, 2017a, p. 33-35).

Realizar os cuidados e as avaliações necessárias no nascimento é fundamental para descartar precocemente os agravos de saúde no neonato. Além do mais, estimular o vínculo mãe-bebê nas primeiras horas de vida garante uma assistência humanizada e de qualidade.

3.6.2 Cuidados após o nascimento

Após o nascimento do bebê, uma das dificuldades dos pais ou do cuidador é quanto aos cuidados realizados. Por essa razão, a enfermagem, como parte integrante da equipe, orienta sobre os principais cuidados, garantindo uma assistência humanizada. Consoante Ferreira, Amaral e Lopes (2016), a humanização do cuidado envolve a inserção da família durante a permanência do bebê no ambiente hospitalar. Nesse período, os profissionais preparam os pais para participarem do processo de cuidar que, além de contribuírem para o estabelecimento do vínculo efetivo entre mãe e filho, promovem benefícios para ambos.

Dentre os principais cuidados de enfermagem realizados com o RN no ambiente hospitalar destacam-se: a) banho; b) higiene perineal e troca de fraldas; c) curativo do coto umbilical; d) eliminações vesical e intestinal; e) amamentação, aspectos abordados na sequência deste estudo.

3.6.2.1 Banho no recém-nascido

Os cuidados de higiene com o RN incluem o banho, que proporciona a observação geral das condições físicas e motoras e promoção do conforto da criança com os pais e família (COSTA et al., 2013). Além disso, sabe-se que por meio do banho, a intenção é a de higienizar o RN. Todavia, certas práticas de cuidado compartilhadas entre as gerações expõem o RN a riscos, revelando a necessidade de uma desconstrução por serem nocivas à saúde deste. Nesse sentido, primar pela modalidade de um banho apropriado contribui para a redução de infecções umbilicais, favorecendo, de modo geral, a saúde e o bem-estar do RN (LINHARES et al., 2017).

Para realizar o cuidado com a higiene corporal no neonato, é necessário compreender sobre a pele e sua função e a relevância do controle térmico do RN. Para Ricci (2015), a pele do neonato é responsável por fornecer uma barreira de proteção entre o corpo e o ambiente, pois é ela que limita a perda de água, impede a absorção de agentes nocivos e garante a termorregulação, o armazenamento de gordura e protege contra traumatismos químicos. Sendo assim, é fundamental o controle da termorregulação do RN, a fim de garantir que, durante o banho, a temperatura do ambiente e da água sejam adequadas, pois, de acordo com Pierotto (2017), ao fornecer condições térmicas adequadas, o ambiente assegura a perda mínima de gasto metabólico de energia do neonato. Logo, o ambiente térmico deve ser neutro, para que se utilize o mínimo de calor e consumo de oxigênio do mesmo. Sob essa ótica, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), a temperatura corporal do RN deve se manter dentro de uma faixa fisiológica entre 36,5°C a 37,2°C. Para tanto, a temperatura da água, conforme Tamez (2013), deve estar entre 37°C a 38°C.

Quanto ao tempo utilizado no banho, deve ser breve, para evitar perda de calor. No ambiente hospitalar, antes de realizar o procedimento, o enfermeiro deve organizar todo o material, como também verificar a temperatura do ambiente e da água.

De acordo com estudos de Pierotto (2017), a higiene deve iniciar pela face, com compressas ou gazes, limpando do canto interno para o externo, protegendo os condutos auditivos, evitando a entrada de água. Na sequência, deve-se higienizar o couro cabeludo e o pavilhão auditivo, devendo enxaguá-los e secar. Após iniciar a higienização do corpo e dos membros, com orientação céfalo-caudal (cabeça aos pés) e ântero-posterior (frente e costas), deve-se priorizar o tempo para a secagem imediata do bebê. A região perineal deve ser a última a ser higienizada cuidadosamente. Nas meninas, no sentido ântero-posterior (do clitóris em direção ao ânus), e nos meninos, quando possível, retrair o prepúcio. Quanto a esse aspecto, Ricci (2015) assinala que o coto umbilical deve ser secado logo após o banho, certificando-se que todas as partes do corpo, especialmente o pescoço, foram limpas, para que seja removido qualquer resquício de leite que possa ter pingado ou escorrido para essas áreas.

Geralmente o primeiro banho do RN é realizado por um profissional da enfermagem, cujo intuito é o de orientar e demonstrar para os pais como deve-se proceder, bem como atender às dúvidas apresentadas e estimulá-los a realizar tais cuidados, para que ambos consigam executar, de forma segura, para que tanto bebê quanto pais sintam-se seguros.

3.6.2.2 Higiene e curativo do coto umbilical

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), a limpeza do coto umbilical ainda é uma questão polêmica na literatura. Diferentes produtos apresentam vantagens e desvantagens. O cuidado de mantê-lo limpo e seco é o mais aceito, devendo ser realizado uma vez ao dia ou, se necessário, mais vezes. Quanto ao produto, recomenda-se a utilização de álcool a 70% a cada troca de fraldas no coto umbilical.

Consoante Hockenberry e Wilson (2015), o coto do neonato se deteriora pelo modo de gangrena seca (mumificação) em média de 10 a 14 dias, ou seja, solta-se da parede abdominal. Mesmo após a separação, a base do coto deve ser mantida limpa e seca e a observação deve ocorrer, atentando para quaisquer sinais de infecção.

3.6.2.3 Troca de fraldas e higiene perineal

A recomendação para a troca de fraldas e higiene perineal corresponde a um conjunto de medidas cujo objetivo principal é manter a área do períneo seca. O aparecimento de lesões na pele do neonato como assaduras e dermatites são causadas principalmente pelo excesso de umidade, baixa frequência de troca e pouca capacidade de absorção das fraldas. Nesse sentido, se a pele estiver macerada e em atrito com a fralda, podem surgir lesões, como também a colonização pode ser facilitada (FLUHR et al., 2010).

De acordo com Gomes et al. (2015), durante a limpeza, não se deve usar sabão e/ou sabonete em contato direto com a pele do neonato. Apenas deve-se utilizar água morna e algodão, de modo especial para os RN do sexo feminino. Neste caso, a limpeza deve acontecer no sentido anteroposterior, evitando contaminações.

Para Peruzo e Machado (2017), os cuidados que os profissionais da enfermagem devem repassar aos pais são os seguintes:

- a) trocar frequentemente as fraldas, para reduzir a umidade e o contato da pele com urina e fezes;
- b) secar completamente a pele cada vez que a fralda é trocada, expondo-a por alguns minutos; a área deve ser limpa da frente para trás, para evitar que os resíduos fecais atinjam os órgãos genitais;
- c) usar soluções neutras de limpeza e evitar esfregar a pele;

- d) após a limpeza, aplicar um creme para barreira; o creme utilizado deve conter um protetor da pele tal como o óxido de zinco, a fim de proporcionar uma barreira para novos danos e ser de fácil remoção;
- e) observar em cada troca de fralda a área do períneo; se apresentar dermatites ou alergias, procurar profissional capacitado.

Diante desses cuidados, o profissional enfermeiro, no ambiente hospitalar, considerado o lugar apropriado para executar a promoção em saúde, garante a qualidade de vida para o bebê e para os pais no ambiente domiciliar.

3.6.2.4 Eliminação intestinal e vesical

As eliminações do neonato, nos primeiros dias de vida, são diferenciadas e sofrem mudanças no decorrer dos dias. A primeira eliminação intestinal é o mecônio e, após, as fezes já são formadas conforme a alimentação do bebê.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), a eliminação de mecônio costuma ocorrer nas primeiras 24 a 36 horas de vida. Trata-se de material viscoso, verde escuro, composto por sais biliares, células epiteliais de descamação, sucos digestivos e lanugo, sendo eliminado nos primeiros 3 a 4 dias de vida. Após esse período, as fezes, denominadas de transição, têm coloração amarelo-esverdeada, liquefeitas, podendo até ser confundidas com diarreia. O reflexo gastrocólico exacerbado, isto é, o relaxamento do esfíncter anal que ocorre com a distensão do estômago, aumenta o número de evacuações diárias, sobretudo no RN em aleitamento materno exclusivo sob livre demanda, que pode evacuar em cada mamada.

A primeira diurese do RN costuma ocorrer na sala de parto ou nas primeiras 48 horas, entretanto, mais de 90% ocorrem nas primeiras 24 horas. Eventualmente, observam-se manchas avermelhadas nas fraldas, que se devem à presença de uratos na urina, mas não têm repercussão clínica (BRASIL, 2012b).

3.6.2.5 Amamentação

É essencial que a mãe receba todos os esclarecimentos sobre a produção do leite materno, bem como sobre a importância da amamentação e mudanças no corpo biológico e simbólico. Além disso, é importante a mãe tomar conhecimento das dificuldades que pode

enfrentar, assim como as possibilidades de superação. Daí a razão de orientá-la sobre a necessidade de descanso durante a rotina de amamentação e organização familiar para apoiá-la nesse momento. Da mesma forma, é de extrema importância o apoio e a escuta da mulher que tem dificuldades para amamentar, sem julgamentos para que a mesma seja capaz de superar as dificuldades. Ademais, deve-se observar se há algum tipo de sofrimento decorrente desse processo, pois, caso necessário, deve-se encaminhá-la para um serviço especializado. Igualmente, deve-se considerar o desejo, as ideias, os saberes, os medos e as dificuldades da mulher em relação à amamentação, como também suas experiências prévias, expectativas e frustrações (BRASIL, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde recomendam que a amamentação deve ser exclusiva nos primeiros 6 meses de vida. A partir dos 6 meses até 2 anos de idade, ela deve ser complementada com a introdução de alimentos sólidos ou semi-sólidos, de qualidade e em tempo oportuno. Esse procedimento resulta em inúmeros benefícios à saúde das crianças em todas as etapas da vida (BRASIL, 2016).

3.7 Atuação da enfermagem na promoção à saúde

No âmbito da atenção e do cuidado à saúde, a integralidade na promoção desta passa a ser uma estratégia de produção que respeita as especificidades e as potencialidades na construção de projetos terapêuticos e de vida e na organização do trabalho em saúde, por meio da escuta qualificada dos trabalhadores e dos usuários, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento para o acolhimento de suas histórias e condições de vida (PARANÁ, 2018a).

Com o intuito de operar a política e o cuidado à saúde, incluindo a promoção desta, torna-se imprescindível a consolidação de práticas voltadas a indivíduos e a coletividades em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em rede. Para tanto, há que se considerar as necessidades em saúde da população em uma ação articulada entre os diversos atores de um determinado território (PARANÁ, 2018a).

De acordo com estudos de Ferreira, Amaral e Lopes (2016), para que se possa buscar a qualidade da assistência na promoção em saúde, é essencial o reconhecimento do quanto a prática de enfermagem tem contribuído como subsídio aos profissionais na realização do cuidado integral, individual e humanizado aos recém-nascidos e a suas famílias. Somente a

partir de um conhecimento amplo e da conscientização profissional, é possível garantir assistência plena ao neonato e aos pais, considerando-os como parte da unidade de cuidado.

Segundo Aldossary, Barriball e While (2012), a promoção à saúde está associada aos princípios universais da enfermagem. Nesse sentido, os enfermeiros devem ter conhecimentos, competências e habilidades para integrar a prática clínica, seja em contexto hospitalar ou em cuidados básicos à saúde, pois, conforme esclarecem Freire et al. (2016), é fundamental a promoção da efetividade das intervenções, a qualidade de vida e a esperança de vida para além dos benefícios econômicos tanto para o cliente e família quanto à sociedade em geral e ao sistema de saúde.

Outrossim, na assistência perinatal, é necessário favorecer experiência positiva à mulher, ao recém-nascido e à família, mantendo a saúde física e emocional de todos, com o intuito de prevenir complicações. Logo, ter uma boa comunicação entre equipe e família é fundamental para alcançar tal objetivo. Desse modo, a mulher e a família devem receber apoio constante da equipe assistencial para que se crie um vínculo de confiança (ANDRADE; LIMA, 2014).

Destarte, no atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal e no cuidado com a criança, o papel do enfermeiro é fundamental na prevenção, no cuidado e na promoção à saúde. Infere-se, portanto, que se todas as mulheres e crianças recebessem a atenção adequada nos serviços de saúde, em tempo oportuno, como preconiza a Rede Mãe Paranaense, os índices de morbimortalidade certamente seriam modificados (ROCHA et al., 2018).

4 JUSTIFICATIVA

Mediante a implantação de Programas voltados às políticas públicas na saúde materno-infantil, bem como o investimento no trabalho em equipe multiprofissional capacitados para atuar diretamente com os problemas de saúde atuais, visando reduzir índices de mortalidade materna e infantil no estado do Paraná, evidencia-se que a promoção em saúde tem contribuído para a integralidade na assistência e para o desenvolvimento humano sustentável.

No Paraná, a saúde da mulher e a saúde da criança são assistidas de maneira conjunta a partir da Rede Mãe Paranaense. Esta Rede fundamenta-se nos Programas Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, e Mãe Curitibana, do município de Curitiba, os quais serviram de modelo para um novo Programa de abrangência estadual, isto é, a RMP (DEMITI; GASQUEZ, 2017).

Para a RMP, sua missão é “garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e da qualidade na gestação, parto e puerpério às crianças menores de um ano de idade” (PARANÁ, 2018, p. 7), com intervenções na saúde materno-infantil. Nessa perspectiva, o propósito é o de melhorar a qualidade e a responsabilidade no que diz respeito à assistência no pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao RN. Sua finalidade, portanto, é a de que até o ano de 2020, seja considerada uma Rede de Atenção Materno-infantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e indicadores de mortalidade materna e infantil reduzida (PARANÁ, 2018a).

Conforme a SESA (PARANÁ, 2018b), os indicadores de mortalidade infantil têm obtido redução a cada ano. Isso pôde se evidenciar entre os anos de 2015 a 2017, pois, em 2015, houve 10,9/1000 NV, e em 2017, 10,3/1000 NV. Já em comparação deste ano com 2010, a redução foi de 15,6% (12,2/1000 NV), uma redução importante para os índices de óbitos no Paraná, conforme dados informados, no ano de 2018, tanto pela SESA quanto pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), pelo Centro de Epidemiologia (CEPI) e pela Divisão de Informações Epidemiológicas (DVIEP) (PARANÁ, 2018b).

Salienta-se que o acesso aos serviços de saúde e o comprometimento dos profissionais da equipe interdisciplinar, em especial, os enfermeiros, envolvidos na assistência à saúde da mulher e da criança, tornam-se essenciais para a redução da morbimortalidade infantil e materna (ROCHA et al., 2018).

Assim, o cuidado à saúde do RN tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como para a promoção de melhor qualidade de vida e diminuição das desigualdades em saúde. Além disso, as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do RN influenciam as condições de saúde da vida adulta, tornando, assim, necessária a conformação de redes regionalizadas que ofereçam atenção integral à gestante e ao RN (PARANÁ, 2018a).

Considerando o requisito de aplicação dos princípios de promoção da saúde em todas as organizações, incluindo o ambiente hospitalar, é mister considerá-lo não apenas como um contexto de cura ou de prevenção da doença, mas também como promotor de vida saudável, cuja finalidade é a de capacitar o indivíduo a ser um agente ativo no processo de gestão da sua saúde e de possíveis doenças. Sendo assim, a melhor adesão do paciente ao seu processo de saúde está associada a uma maior segurança, o que induz a melhores resultados de saúde e redução de custos com os cuidados da mesma (DUDEJA; SINGH; JINDAL, 2014).

Em conformidade com Freire et al. (2016), os enfermeiros podem promover esse processo. Para isso, é necessário que o paciente seja colocado no centro dos cuidados e realizar uma análise holística dele, da família, dos grupos e da comunidade, tendo em vista a identificação de suas especificidades no âmbito da promoção da saúde. Dessa forma, o cuidado centrado no paciente impõe a integração de atividades de promoção à saúde na prática clínica dos enfermeiros, o que configura um requisito para o seu exercício profissional.

Mediante a escassez de estudos dessa natureza em Região de Fronteira, neste estudo, visa-se à continuidade da RMP em Região de Fronteira e a necessidade de se compreender a perspectiva da mãe relacionando-a aos cuidados realizados ao recém-nascido no ambiente hospitalar. Sendo assim, por intermédio do presente estudo, podem ser identificadas as lacunas na efetividade da promoção à saúde no ambiente hospitalar, bem como a atuação da enfermagem no processo de gestão em saúde, sob a perspectiva da mãe. Por extensão, a garantia de uma assistência de qualidade e segura à família e seguimento da criança na RMP.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Material e métodos

O estudo descritivo, com abordagem quantitativa, foi realizado no Alojamento Conjunto (AC) e na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal dos hospitais das três Regionais de Saúde do Paraná, com o objetivo de identificar os cuidados realizados e promovidos ao RN no ambiente hospitalar, sob a perspectiva da mulher/usuária e integrante da RMP.

Sob essa ótica, este estudo integra uma pesquisa multicêntrica intitulada “Rede Mãe Paranaense na Perspectiva da usuária: O Cuidado da Mulher no Pré-natal, Parto, Puerpério e da Criança”, quantitativa e qualitativa, observacional, de base individual, do tipo Coorte a qual caracteriza um dos tipos de estudos epidemiológicos existentes, desenvolvida em municípios de três Regionais de Saúde: 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel e 17ª RS de Londrina, Paraná, Região Sul do Brasil, para analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, após a implantação da RMP na perspectiva da mulher/usuária, nos primeiros 6 meses de vida da criança e/ou pós-parto.

Na pesquisa de Coorte, a entrevista com a mulher/usuária foi desenvolvida em duas etapas:

- 1ª etapa: na maternidade (hospitalar);
- 2ª etapa: visita domiciliar seis meses após o parto;

Importante enfatizar que o presente estudo apenas utilizou os dados coletados na primeira entrevista, realizada na maternidade com mães que estavam, no mínimo, há 24 horas no ambiente hospitalar.

5.2 Local do estudo

O estado do Paraná localiza-se na Região Sul do Brasil e faz fronteira com outros três estados: ao Norte, com o estado de São Paulo; ao Sul, com o estado de Santa Catarina; a Oeste, com o estado do Mato Grosso do Sul. Faz fronteira ainda com o Paraguai e a Argentina no município de Foz do Iguaçu, Paraná. O estado é constituído por 399 municípios, distribuídos em 22 RS, numa extensão territorial de 199.304 km², e sua população estimada

é de 1.163.018 habitantes, segundo dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Paraná conta um total de 22 RS, e o estudo em questão foi desenvolvido em três destas Regionais: a 9ª RS de Foz do Iguaçu, com nove municípios; a 10ª RS de Cascavel, com 25 municípios e a 17ª RS de Londrina, com 21 municípios, totalizando 55 municípios.

A escolha se justifica pelo perfil epidemiológico materno-infantil, pelas peculiaridades regionais, pelo interesse dos gestores dos municípios, pela interação entre a academia e o serviço de saúde e pela disponibilidade dos pesquisadores das três universidades, isto é, da Universidade Estadual de Londrina (UEL), da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), campus Foz do Iguaçu, e Unioeste, campus Cascavel.

5.2.1 Caracterização das Regionais de Saúde

O município de Foz do Iguaçu localiza-se ao Sul do Brasil, no estado do Paraná, com uma população estimada em 263.915 (IBGE, 2016) e 4.200 nascidos vivos no ano de 2016, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), (BRASIL, 2017b). É considerada vulnerável por fazer parte da tríplice Fronteira junto a Porto Iguaçu (Argentina) e Cidade de Leste (Paraguai) e é referência de atendimento à gestante de alto risco aos municípios que compõem a 9ª RS do Paraná, sendo eles: Santa Terezinha de Itaipu, Ramilândia, Itaipulândia, Serranópolis do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu, Matelândia, Missal e Medianeira, totalizando uma população estimada em 408.261 habitantes, conforme dados do DATASUS (BRASIL, 2017b). O município de Foz do Iguaçu ainda se responsabiliza pelo atendimento de uma população flutuante de aproximadamente 700.000 habitantes, além de atender aos cidadãos paraguaios e argentinos que buscam serviços de saúde especializados no Brasil (IBGE, 2016).

O sistema de saúde materno-infantil oferece às mulheres classificadas em gestação de Alto Risco (AR) e Risco Intermediário (RI) um hospital terciário, localizado no município de Foz do Iguaçu que é referência para parto e nascimento para toda Regional de Saúde, inclusive presta atendimento às gestantes brasiguaias e paraguaias que buscam, no Brasil, a atenção à saúde no momento do parto e nascimento. O hospital de Foz do Iguaçu é referência para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal/pediátrica e adulta, o qual pertence a uma fundação que presta atendimento ao SUS e a diversos convênios, além de

atendimentos particulares. Cada município conta com rede de atenção primária para acompanhamento do pré-natal e puerpério de Risco Habitual (RH), bem como assistência hospitalar, com maternidades para o parto de RH sem UTI. Não obstante, ao se tornar AR, possui um sistema de regulação para encaminhamentos necessários.

A cidade de Cascavel conta com uma população estimada em 324.476 habitantes (IBGE, 2018), sendo referência para atendimento materno-infantil de alta complexidade para os 25 municípios que abrange a 10ª RS, sendo eles: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatú, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste, totalizando 547.015 habitantes estimados pelo DATASUS (BRASIL, 2017b).

Nessa Regional de Saúde, há o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), vinculado à Unioeste, que presta atendimento às mulheres classificadas com AR e RI, além de atender a toda população dos municípios pertencentes a esta RS. Ademais, Cascavel conta com outro hospital vinculado ao SUS que também atende às mulheres com RI e RH, e outros hospitais particulares disponíveis para esse tipo de atendimento.

A cidade de Londrina possui uma população estimada em 563.943 habitantes (IBGE, 2018), sendo referência para o atendimento materno-infantil de alta complexidade para 21 municípios, sendo eles: Alvorada do Sul, Assai, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Iporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana (IBGE, 2018).

O atendimento materno-infantil às mulheres classificadas em gestação de AR é feito em dois hospitais terciários, localizados no município de Londrina, considerados referência para o parto e nascimento para toda 17ª RS, bem como para a Região Norte do estado, para internação em UTI neonatal/pediátrica e adulta, sendo um Hospital Universitário exclusivo ao SUS, um Hospital de Clínicas para o acompanhamento da gestação AR pertencente à UEL e um Hospital Filantrópico.

5.3 Amostra do estudo

A população do estudo foi constituída a partir de cálculo amostral, sendo a amostra do tipo não probabilística, por conveniência, pelas mulheres/usuárias, atendidas nas maternidades de referência para o parto na RMP das três RS que atendem à gestação de AR (maternidade com UTI neonatal/pediátrica e adulta - hospital terciário) e RH ou RI (maternidade sem UTI neonatal/pediátrica e adulta - hospital secundário), preferencialmente aquelas atendidas exclusivamente pelo SUS. Para tanto, foram definidos como critérios de inclusão:

- a) mulheres com o recém-nascido internado na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal;
- b) mulheres que se encontram no período puerperal imediato com, pelo menos, seis horas de pós-parto e em condições de responder a entrevista;
- c) mulheres atendidas pelo SUS.

Quanto aos critérios de exclusão, levou-se em consideração:

- a) puérperas com seu recém-nascido internado na UTI neonatal;

Na 9ª RS, o cálculo amostral demonstrou que as entrevistas deveriam ser realizadas no Hospital Ministro Costa Cavalcanti do município de Foz do Iguaçu, no Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz em Medianeira, e no Hospital e Maternidade Padre Tezza em Matelândia. Desses, somente o Hospital Ministro Costa Cavalcanti possui o selo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, totalizando, assim, uma amostra de 397 (n) entrevistas.

Na 10ª RS, as entrevistas foram realizadas no HUOP, em Cascavel, que possui o selo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. O cálculo amostral foi realizado com base no número de nascidos vivos, proveniente das cidades pertencentes a esta RS, com 385 (n) entrevistas realizadas.

Na 17ª RS, as entrevistas foram realizadas no Hospital Universitário e na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, ambos localizados em Londrina e ambos com o selo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Além desses, a entrevista também foi realizada em Cambé, na Santa Casa de Misericórdia de Cambé; em Iporã, no Hospital Cristo Rei; em Rolândia, no Hospital São Rafael, totalizando uma amostra de 488 (n) entrevistas.

5.4 Fonte dos dados

A coleta de dados partiu de contato prévio entre os pesquisadores e os diretores dos hospitais e das maternidades das três Regionais de Saúde para dialogar sobre o andamento da pesquisa, bem como para planejar a obtenção dos dados e autorização da coleta. De posse desta, ocorreu o desenvolvimento da pesquisa intra-hospitalar no ano de 2017, entre os meses de março a julho.

5.5 Instrumentos e coleta dos dados

A construção do instrumento de coleta de dados da pesquisa multicêntrica contou com a elaboração de um grupo de especialistas. Todavia, para o presente estudo, realizou-se um recorte das questões que contemplam as variáveis descritas a seguir, conforme constam no Apêndice A.

- a) sociodemográficas das puérperas: idade, raça, situação conjugal, escolaridade da mãe, número de filhos (com atual parceiro);
- b) clínicas: antecedentes clínicos, número de gestações anteriores, pré-natal, local do pré-natal, classificação de risco gestacional no pré-natal, número de consultas do pré-natal;
- c) características do nascimento: tipo de parto realizado, intercorrências intraparto, tipo de intercorrência intraparto, idade gestacional, peso ao nascer, Apgar de 1º e 5º minuto, estatura do RN;
- d) operacional: orientação sobre os primeiros cuidados com o recém-nascido, banho, troca de fralda, curativo do coto umbilical, eliminação vesical, eliminação intestinal, amamentação.

O instrumento de coleta de dados foi composto por 30 questões objetivas, conforme Apêndice B, aplicado no ambiente hospitalar com a mulher/usuária que estivesse no AC, para análise da percepção da mãe em relação aos cuidados promovidos ao RN naquele ambiente.

A coleta foi realizada mediante o aceite, após o devido esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a assinatura do TCLE, no ambiente da maternidade, com o mínimo de ruído ou interferência durante a coleta.

Os dados foram coletados em instrumento impresso, aplicado por um entrevistador. Após a coleta, os respectivos dados foram inseridos em banco informatizado, estruturado no Microsoft Excel® e armazenado em serviço on-line gratuito para acesso livre aos pesquisadores das três Regionais de Saúde.

A entrevista foi realizada por uma equipe de coletadores, composta por acadêmicos do quarto ao do curso de enfermagem, sendo que previamente foram treinamentos por docentes de enfermagem da área da saúde materna e infantil. Garantindo a padronização do preenchimento do instrumento.

5.6 Análise dos dados

Ao todo, foram coletadas 1270 entrevistas nas três RS. Os dados foram transcritos em planilha do programa Microsoft Excel®, com a respectiva análise estatística.

Para a análise dos dados quantitativos, foi realizado o “teste t”, de Student, com 95% de confiabilidade. Já para as variáveis qualitativas, foi realizado o “teste qui-quadrado” ou “teste exato de Fisher”, em se tratando de alguma frequência menor do que cinco, ambos também com 95% de confiabilidade. Todos os testes foram realizados no software R, versão 3.5.2 (R CORRE TEAM, 2018).

O “teste t” especifica se há ou não diferenças significativas entre as variáveis em estudo. Já o “teste qui-quadrado” e “exato de Fisher” especificam se há ou não relação significativa entre as variáveis estudadas.

5.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da UEL, com parecer favorável, nº 2. 053. 304, conforme Anexo A e CAAE nº 67574517.1.1001.5231, seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde quanto às dimensões éticas para a pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012c).

6 RESULTADOS

A análise das três Regionais de Saúde totalizou 397 entrevistas na 9ª RS, 385 na 10ª RS e 488 na 17ª RS, com um total de 1270 entrevistas. Assim, os resultados foram organizados em tabelas conforme os aspectos sociodemográficos, clínicos, características do nascimento e operacional para a análise descritiva das variáveis estudadas.

Observa-se que o número médio de filhos é estatisticamente diferente apenas na 10ª e na 17ª RS, sendo que na 17ª RS a média de filhos é a menor, com 1,89 filhos e a 10ª RS com a maior média entre as três RS, com 2,13 média de filhos (Tabela 1). Em termos estatísticos, o número médio de filhos na 9ª RS (1,99 filhos) é estatisticamente igual à 10ª e à 17ª RS. Já a idade média das puérperas é estatisticamente diferente entre a 9ª e 10ª RS e entre a 10ª e a 17ª RS, porém é igual entre a 9ª e 17ª RS (Tabela 2), sendo as puérperas mais velhas na 10ª RS, com média de 27 anos.

Além disso, há relações entre raça/cor entre as Regionais, com uma predominância da raça branca na 9ª, na 10ª e na 17ª RS, com 53,1% (211), 61,8% (238) e 58,4% (285) respectivamente (Tabela 2). De modo similar, referente à situação conjugal, nas três Regionais ($p=0,038$), uma parcela significativa afirma estar com o parceiro, conforme demonstra a Tabela 1.

Os dados referentes à escolaridade apresentam relação aproximada entre as regionais ($p=0,043$). Ou seja, em todas as Regionais, o Ensino Médio completo apresenta uma porcentagem maior em relação aos demais níveis de escolaridade, com 37,5% (149) na 9ª RS; 37,1% (143) na 10ª RS e 33,8% (165) na 17ª RS, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019

	9ª RS	10ª RS	17ª RS
Idade (média \pm DP)	25,6 \pm 6,5	27,0 \pm 7,0	25,5 \pm 7,2
Raça/cor			
Amarela	0,5% (2)	0,0% (0)	0,8% (4)
Branca	53,1% (211)	61,8% (238)	58,4% (285)
Indígena	0,3% (1)	0,5% (2)	1,0% (5)
Negra	7,8% (31)	4,9% (19)	8,8% (43)
Parda	37,8% (150)	29,1% (112)	28,5% (139)
Não informou	0,5% (2)	3,6% (14)	2,5% (12)
Situação conjugal			
Com companheiro	90,2% (358)	90,9% (350)	86,5% (422)
Sem companheiro	9,8% (39)	8,8% (34)	12,3% (60)
Não informou	0,0% (0)	0,3% (1)	

	(conclusão)		
	9 ^a RS	10 ^a RS	17 ^a RS
Filhos (média + DP)	1,99 + 1,24	2,13 + 1,18	1,89 + 1,00
Escolaridade			
Fundamental completo	9,1% (36)	11,7% (45)	12,9% (63)
Fundamental incompleto	21,2% (84)	22,6% (87)	19,5% (95)
Médio completo	37,5% (149)	37,1% (143)	33,8% (165)
Médio incompleto	20,4% (81)	18,2% (70)	20,7% (101)
Superior completo	6,8% (27)	7,3% (28)	4,9% (24)
Superior incompleto	3,5% (14)	2,9% (11)	7,2% (35)
Sem escolaridade	1,5% (6)	0,3% (1)	1,0% (5)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Nota: DP - Desvio Padrão

Tabela 2 - Análise dos aspectos sociodemográficos das mulheres em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019

			p-valor
Idade	9 ^a	vs. 10 ^a	0,005*
	9 ^a	vs. 17 ^a	0,608 ^{ns}
	10 ^a	vs. 17 ^a	0,005*
	Raça/cor		
Situação conjugal			0,038*
Filhos	9 ^a	vs. 10 ^a	0,118 ^{ns}
	9 ^a	vs. 17 ^a	0,158 ^{ns}
	10 ^a	vs. 17 ^a	0,001*
	Escolaridade		

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Nota: * - significativo com 95% de confiabilidade

^{ns} - não significativos com 95% de confiabilidade

Dentre as patologias citadas como antecedentes clínicos (Tabela 3), algumas demonstraram acometer mais as puérperas, como cardiopatia (1,3% na 9^a RS; 0,5% na 10^a RS e 1,0% na 17^a RS); hipertensão arterial (0,3% na 9^a RS; 3,4% na 10^a RS e 1,4% na 17^a RS); hipotireoidismo (1,5% na 9^a RS; 2,1% na 10^a RS e 2,0% na 17^a RS); infecção no trato urinário (3,5% na 9^a RS; 3,1% na 10^a RS e 6,1% na 17^a RS). Além disso, algumas puérperas relataram ser acometidas por mais de uma patologia, ou seja, na 9^a RS, 1,8% (7); na 10^a RS, 1,8% (7); na 17^a RS, 6,1% (30). Em relação aos aspectos clínicos das puérperas, observa-se que houve diferença entre as Regionais ($p=0,001$) (Tabela 4), tendo 81,4% (323) na 9^a RS; 79,0% (304) na 10^a RS e 67,4% (329) na 17^a RS, sem antecedentes clínicos.

Verificou-se que a realização do pré-natal não há diferença estatística entre as Regionais ($p=0,639$) (Tabela 4). Contudo, quanto ao local do pré-natal houve diferença significativa, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) a principal instituição de saúde que realiza tal assistência, com 90,2% (358) na 9^a RS, 74,0% (285) na 10^a RS e 79,3% (386) na 17^a RS.

Quanto à classificação de risco das gestantes, houve diferença estatisticamente entre as três Regionais de Saúde, sendo citado como principal o Risco 1, com 61,0% (242) na 9ª RS; 57,7% (222) na 10ª RS; 54,1% (264) na 17ª RS.

Já no que tange aos abortos, há diferença estatística entre a 9ª RS e a 10ª RS ($p=0,024$), bem como entre a 9ª RS e a 17ª RS ($p=0,000$), e também entre a 10ª RS e a 17ª RS ($p=0,000$), sendo que a maior média consta na 17ª RS, com 2,14 abortos, seguido da 10ª RS, com 1,38, e na 9ª RS, com 1,24 abortos (Tabela 3). No que diz respeito às gestações anteriores, pôde-se identificar dados estatisticamente iguais entre as Regionais de Saúde (Tabela 4).

No que tange ao pré-natal, há diferença estatística ($p=0,002$) entre as Regionais de Saúde, sendo que o início, < 14ª semana, foi maior nas três RS (Tabela 3). Na 9ª RS, < 14ª semanas, cerca de 81% (320) iniciou o pré-natal, sendo que 6 ou mais consultas durante a gestação foram realizadas por 82% (324). Na 10ª RS, também foi de < 14 semanas de gestação o início do pré-natal, realizando 6 ou mais consultas 91% (372). Esse dado também foi observado na 17ª RS, uma vez que cerca de 97% (320) iniciaram o pré-natal < 14ª semanas, e 86% (400) das gestantes realizaram mais de 6 consultas, um dado significativo na saúde da gestante e para a RMP atingindo os objetivos preconizados.

Tabela 3 - Perfil clínico das mulheres em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019
(continua)

	9ª RS	10ª RS	17ª RS
Antecedentes			
Não	81,4% (323)	79,0% (304)	67,4% (329)
Artrite reumatoide	0,0% (0)	0,3% (1)	0,0% (0)
Cardiopatia	1,3% (5)	0,5% (2)	1,0% (5)
Cirurgia bariátrica	0,0% (0)	0,0% (0)	0,4% (2)
Diabetes Mellitus	0,8% (3)	0,3% (1)	0,4% (2)
Doença mental	0,8% (3)	0,5% (2)	0,4% (2)
Eclâmpsia	0,0% (0)	0,0% (0)	0,6% (3)
Hipertensão Arterial	0,8% (3)	3,4% (13)	1,4% (7)
Hipertireoidismo	0,3% (1)	0,5% (2)	1,2% (6)
Hipotireoidismo	1,5% (6)	2,1% (8)	2,0% (10)
HIV	0,3% (1)	0,5% (2)	0,0% (0)
Infecção no trato urinário	3,5% (14)	3,1% (12)	6,1% (30)
Lúpus	0,0% (0)	0,3% (1)	0,0% (0)
Obesidade	0,5% (2)	0,0% (0)	0,8% (4)
Sífilis	0,0% (0)	0,5% (2)	0,8% (4)
Trabalho de parto prematuro	0,0% (0)	0,5% (2)	0,2% (1)
Outros	7,3% (29)	5,7% (22)	10,2% (50)

	(conclusão)		
	9 ^a RS	10 ^a RS	17 ^a RS
Mais de um	1,8% (7)	1,8% (7)	6,1% (30)
N/A	0,0% (0)	1,0% (4)	0,6% (3)
Pré-natal			
Realizou	99,9% (394)	99,0% (381)	99,4% (485)
Não realizou	0,8% (3)	1,0% (4)	0,4% (2)
N/A	0,0% (0)	0,0% (0)	0,2% (1)
Local de realização do pré-natal			
Ambulatório público especializado	1,8% (7)	3,6% (14)	0,4% (2)
Convênio/particular (não foi atendida pela RMP)	0,8% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)
Outro	1,0% (4)	0,8% (3)	0,2% (1)
UBS	90,2% (358)	74,0% (285)	79,3% (386)
UBS e ambulatório público especializado	2,0% (8)	20,5% (79)	18,1% (88)
UBS e convênio/particular	4,0% (16)	1,0% (4)	1,4% (7)
N/A	0,3% (1)	0,0% (0)	0,6% (3)
Classe de risco			
Risco 1	61,0% (242)	57,7% (222)	54,1% (264)
Risco 2	12,6% (50)	3,1% (12)	21,3% (104)
Risco 3	18,9% (75)	30,6% (118)	19,5% (95)
N/A	7,6% (30)	8,6% (33)	5,1% (25)
Gestações anteriores (média ± DP)	2,13 ± 1,33	2,20 ± 1,28	2,08 ± 1,20
Abortos			
Sim	17,6% (70)	18,4% (71)	16,2% (79)
Não	82,1% (326)	81,0% (312)	71,7% (350)
N/A	0,3% (1)	0,5% (2)	12,1% (59)
Quantos abortos (média ± DP)	1,24 ± 0,70	1,38 ± 0,97	2,14 ± 2,37
Assistência pré-natal início do pré-natal			
< 14 semanas	81% (320)	99% (402)	97% (320)
14 a 27 semanas	2% (8)	0% (0)	0% (0)
> 27 semanas	16% (62)	2,9% (11)	0% (0)
Sem pré-natal	0,3% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)
N/A	1,5% (6)	1% (4)	3% (13)
Assistência pré-natal número de consultas pré-natal			
0 a 2 consultas	3,0% (12)	0% (0)	1% (3)
3 a 5 consultas	14,1% (56)	8% (31)	12% (54)
6 ou mais	81,6% (324)	91% (372)	86% (400)
N/A	1,3% (5)	1% (4)	2% (9)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Nota: DP - Desvio Padrão

Tabela 4 - Análise dos aspectos clínicos das mulheres em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019

	(continua)
	p-valor
Antecedentes	0,001*
Pré-natal	0,639 ^{ns}
Local do pré-natal	0,000*
Gestações anteriores	
9 ^a vs. 10 ^a	0,509 ^{ns}
9 ^a vs. 17 ^a	0,536 ^{ns}
10 ^a vs. 17 ^a	0,176 ^{ns}

		(conclusão)
		p-valor
Abortos		0,000*
Número de abortos		
9 ^a	vs. 10 ^a	0,024*
9 ^a	vs. 17 ^a	0,000*
10 ^a	vs. 17 ^a	0,000*
Início do pré-natal		0,002*
Número de consultas de pré-natal		0,000*

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Nota: * - significativo com 95% de confiabilidade

^{ns} - não significativos com 95% de confiabilidade

Estatisticamente, os dados referentes ao tipo de parto, o parto normal espontâneo predominou em relação ao parto cesárea na 10^a RS e na 17^a RS, com 55,9% (212) e 51,2% em relação ao primeiro e 43,8% (166) e 46,1% (225) em relação ao segundo, respectivamente. Já a 9^a RS assinalou o mesmo valor de 48,6 (193) para parto normal espontâneo e para cesárea (Tabela 5). Em relação as intercorrências intraparto e ao tipo de intercorrência, apresentam-se diferente entre as Regionais ($p=0,001$), conforme a Tabela 6

Das puérperas entrevistadas, a grande maioria não teve intercorrência intraparto (Tabela 5), diferindo entre as Regionais ($p=0,001$) conforme a Tabela 6. Dentre as intercorrências citadas pelas entrevistadas (Tabela 5), o agravo evidente entre a 9^a RS e a 17^a RS é a distocia, com 71,4% (25) na 9^a RS e 49,5% (47) na 17^a RS. Distintamente, na 10^a RS, a pré-eclampsia e outras intercorrências foram os agravos mais evidentes, com 33,3% (5) cada um deles.

Sobre as condições de nascimento do RN, verifica-se que o Índice de Apgar do 1^o e do 5^o minuto diferem entre as Regionais (Tabela 6), sendo que a 17^a RS apresenta maior média de nota no 1^o minuto com 8,81 (Tabela 5), e no 5^o minuto, 9,83 (Tabela 5). Já o peso do RN não apresenta diferença relevante entre as Regionais de Saúde, não obtendo, assim, valores significativos estatisticamente.

A estatura dos neonatos obteve diferença entre a 10^a RS e a 17^a RS ($p=0,024$) conforme Tabela 6. No entanto, entre a 9^a RS e a 10^a RS, e entre 9^a RS e a 17^a RS não houve diferença significativa. A 10^a RS apresenta uma média de estatura de 50 centímetros, e a 17^a RS, uma média de 48 centímetros (Tabela 5). Sobre a idade gestacional ao nascer, não houve relação entre as Regionais (Tabela 6).

Tabela 5 - Perfil das características do nascimento em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019

	9ª RS	10ª RS	17ª RS
Tipo de parto realizado			
Parto normal espontâneo	48,6% (193)	55,9% (212)	51,2% (250)
Cesárea	48,6% (193)	43,8% (166)	46,1% (225)
Parto normal instrumental	2,8% (11)	0,3% (1)	1,0% (5)
N/A	0,0% (0)	0,0% (0)	1,6% (8)
Intercorrências intraparto			
Sim	8,1% (32)	3,4% (15)	18,6% (91)
Não	91,9% (365)	96,4% (371)	80,9% (395)
N/A	0,0% (0)	0,3% (1)	0,4% (2)
Se sim, qual intercorrência intraparto?			
Crise convulsiva	0,0% (0)	0,0% (0)	1,1% (1)
Descolamento prematuro de placenta	2,9% (1)	6,7% (1)	3,2% (3)
Eclâmpsia	2,9% (1)	33,3% (5)	2,1% (2)
Ditocia	71,4% (25)	26,7% (4)	49,5% (47)
Mais de um	8,6% (3)	0,0% (0)	5,3% (5)
Outro	8,6% (3)	33,3% (5)	38,9% (37)
Prolapso cordão	2,9% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)
Pré-Eclâmpsia	2,9% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)
Índice Apgar 1º minuto (média ± DP)	8,45 ± 1,07	8,09 ± 1,13	8,81 ± 1,06
Índice Apgar 5º minuto (média ± DP)	9,12 ± 0,85	9,26 ± 0,71	9,83 ± 0,51
Peso do RN (média ± DP)	3275 ± 513	3223 ± 463	3252 ± 451
Estatura (média ± DP)	49 ± 6,5	50 ± 8,1	48 ± 4
Idade gestacional ao nascer (média ± DP)	39,0 ± 1,7	38,9 ± 1,2	40,0 ± 1,5

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Nota: DP - Desvio Padrão

Tabela 6 - Análise das características do nascimento em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019

	p-valor
Tipo de parto	0,001*
Intercorrências intraparto	0,001*
Qual intercorrência intraparto?	0,001*
Índice Apgar 1º minuto	
9ª vs. 10ª	0,000*
9ª vs. 17ª	0,000*
10ª vs. 17ª	0,000*
Índice Apgar 5º minuto	
9ª vs. 10ª	0,015*
9ª vs. 17ª	0,000*
10ª vs. 17ª	0,000*
Peso do RN	
9ª vs. 10ª	0,141 ^{ns}
9ª vs. 17ª	0,489 ^{ns}
10ª vs. 17ª	0,357 ^{ns}
Estatura	
9ª vs. 10ª	0,183 ^{ns}
9ª vs. 17ª	0,386 ^{ns}
10ª vs. 17ª	0,024*
Idade gestacional ao nascer	
9ª vs. 10ª	0,317 ^{ns}
9ª vs. 17ª	0,855 ^{ns}
10ª vs. 17ª	0,348 ^{ns}

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Nota: * - significativo com 95% de confiabilidade

^{ns} - não significativos com 95% de confiabilidade

De acordo com os aspectos operacionais do estudo, houve diferença estatística entre as Regionais de Saúde. Dentre as questões, a primeira sobre o apoio e a ajuda para executar os primeiros cuidados com o RN ($p=0,000$), a maior taxa de afirmativas foi na 9ª RS, com 92,4% (367) das respostas, seguida da 10ª RS, com 87,0% (335), e por último, a 17ª RS, com 79,5% (388).

Sobre o profissional que prestou ajuda, todas as Regionais apontaram a enfermeira ou a residente de enfermagem, com predominância do sexo feminino na profissão. As profissionais foram indicadas em 92,4% (339) na 9ª RS; 88,1% (297) na 10ª RS e 82,3% (325) na 17ª RS. Outro dado importante relacionado aos cuidados com o RN foi a indicação de médico(a) ou médico(a) residente, o que demonstra que a assistência ao paciente não é apenas da enfermagem, mas inclui equipe médica. Com base apenas na 17ª RS, identificase o apontamento de 3,8% (15) para apoio e ajuda de médicos ou médicos residentes e 2,5% (10) para médicas ou médicas residentes. Importante destacar também que as entrevistadas das três Regionais de Saúde apontaram outros profissionais no auxílio aos primeiros cuidados do RN além dos enfermeiros ou médicos, sendo 4,9% (18) na 9ª RS; 7,1% (24) na 10ª RS e 10,1% (40) na 17ª RS, o que evidencia a importância de um trabalho integrado.

Os cuidados realizados ao RN no ambiente hospitalar diferem entre as Regionais (Tabela 8). Para as mães, o banho do bebê ($p=0,000$) pode ser uma tarefa estressante e delicada, contudo as respostas foram positivas, haja vista que 90,7% (360) na 9ª RS, 77,7% (299) na 10ª RS e 73,4% (358) na 17ª RS apontaram que receberam ajuda para executar o banho. Já relativamente às respostas que não receberam ajuda foram apontadas em 9,3% (37) da 9ª RS; 13,2% (51) da 10ª RS e 24,8% (121) da 17ª RS.

Sobre a higiene do coto umbilical, houve diferença estatística entre as Regionais ($p=0,000$) (Tabela 8). Esse cuidado também obteve respostas afirmativas no apoio e ajuda para executar o cuidado. Na 9ª RS, 91,1% (358); na 10ª RS, 81,3% (313) e na 17ª RS, 77,5% (378) das puérperas citaram que receberam ajuda. Apesar desses dados, uma porcentagem equivalente a 8,9% (35) na 9ª RS; 13,2% (51) na 10ª RS e 19,1% (93) na 17ª RS, respectivamente, apontou que não recebeu ajuda. Em relação à higiene perineal e à troca de fraldas ($p=0,000$), bem como à eliminação vesical ($p=0,000$) e intestinal do bebê ($p=0,000$), observa-se diferença estatística entre as Regionais (Tabela 8). Esses cuidados também obtiveram respostas afirmativas em se tratando de ajuda de profissionais (Tabela 7). Sobre a amamentação, as puérperas afirmaram que receberam apoio ou ajuda de um profissional, o

que se comprova pelas respostas de 90,4% (359) na 9ª RS; 71,9% (277) na 10ª RS e 85,2% (416) na 17ª RS.

No que diz respeito às orientações sobre as vantagens do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), todas as Regionais apresentaram uma porcentagem significativa nas respostas “sim”, sendo 72,8% (289) na 9ª RS; 71,9% (277) na 10ª RS e 64,8% (316) na 17ª RS. Sobre a orientação de pega correta, amamentação em livre demanda e a importância desta, também houve uma porcentagem elevada de respostas afirmativas. Ressalta-se que o desempenho apresentado entre as Regionais de Saúde há diferenças entre os resultados, demonstrando que a 9ª RS na maioria das questões apresenta uma porcentagem elevada em relação a 10ª RS e a 17ª RS, contribuindo para atuação na promoção do cuidado ao RN.

Tabela 7 - Perfil dos aspectos operacionais em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019
(continua)

	9ª RS	10ª RS	17ª RS
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?			
Sim	92,4% (367)	87,0% (335)	79,5% (388)
Não	7,6% (30)	12,5% (48)	19,1% (93)
N/A	0,0% (0)	0,5% (2)	1,4% (7)
Se SIM, por qual profissional?			
Médico ou residente	1,1% (4)	1,5% (5)	3,8% (15)
Médica ou residente	0,8% (3)	1,5% (5)	2,5% (10)
Enfermeira ou residente	92,4% (339)	88,1% (297)	82,3% (325)
Enfermeiro ou residente	0,8% (3)	1,8% (6)	1,3% (5)
Outro	4,9% (18)	7,1% (24)	10,1% (40)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?			
Sim	90,7% (360)	77,7% (299)	73,4% (358)
Não	9,3% (37)	13,2% (51)	24,8% (121)
N/A	0,0% (0)	9,1% (35)	1,8% (9)
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?			
Sim	91,1% (358)	81,3% (313)	77,5% (378)
Não	8,9% (35)	13,2% (51)	19,1% (93)
N/A	0,0% (0)	5,5% (21)	3,5% (17)
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?			
Sim	87,4% (347)	79,2% (305)	64,3% (314)
Não	12,6% (50)	15,8% (61)	34,0% (166)
N/A	0,0% (0)	4,9% (19)	1,6% (8)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?			
Sim	84,6% (336)	80,0% (308)	67,0% (327)
Não	15,4% (61)	14,3% (55)	30,9% (151)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?			
Sim	84,6% (336)	80,3% (309)	67,4% (329)
Não	15,4% (61)	14,8% (57)	31,1% (152)
N/A	0,0% (0)	4,9% (19)	1,4% (7)

	(conclusão)		
	9ª RS	10ª RS	17ª RS
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?			
Sim	90,4% (359)	89,1% (343)	85,2% (416)
Não	9,6% (38)	10,6% (41)	13,3% (65)
N/A	0,0% (0)	0,3% (1)	1,4% (7)
Foi orientada sobre as vantagens da AME a você e ao bebê?			
Sim	72,8% (289)	71,9% (277)	64,8% (316)
Não	27,2% (108)	26,8% (103)	33,8% (165)
N/A	0,0% (0)	1,3% (5)	1,4% (7)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?			
Sim	85,4% (339)	87,5% (337)	77,5% (378)
Não	14,6% (58)	11,4% (44)	20,9% (102)
N/A	0,0% (0)	1,0% (4)	1,6% (8)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Tabela 8 - Análise dos aspectos operacionais em três Regionais de Saúde, Paraná, 2019

	p-valor
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê	0,000*
Se SIM, por qual profissional?	0,009*
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?	0,000*
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo coto umbilical?	0,000*
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?	0,000*
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?	0,000*
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?	0,000*
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?	0,024*
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?	0,011*
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?	0,000*

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Nota: * - significativo com 95% de confiabilidade

^{ns} - não significativos com 95% de confiabilidade

As próximas tabelas, na sequência desta análise, são divididas em cada Regional de Saúde, elencando os aspectos operacionais de acordo com os aspectos demográficos das mulheres e, do mesmo modo, demonstrando detalhadamente as respostas acerca dos cuidados promovidos ao RN no ambiente hospitalar.

A Tabela 9, relativa à 9ª RS, coloca em evidência os aspectos operacionais e as diferentes etnias, com uma predominância da cor branca e parda (Tabela 9). Em relação à escolaridade das entrevistadas, verifica-se um predomínio do Ensino Médio (Tabela 10). Já quanto à idade, esta varia entre 16 a 25 anos e entre 26 a 35 anos, conforme Tabela 11).

Tabela 9 - Perfil dos aspectos operacionais na 9ª Regional de Saúde e a variável etnia, Foz do Iguaçu, Paraná, 2019

	Etnia					
	Amarela	Branca	Indígena	Não Inf.	Negra	Parda
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?						
Sim	1% (2)	49% (195)	0% (1)	1% (2)	7% (29)	35% (138)
Não	0% (0)	4% (16)	0% (0)	0% (0)	1% (2)	0% (0)
N/A	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	3% (12)
Se SIM, por qual profissional?						
Médico ou residente	0% (0)	1% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Médica ou residente	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1% (2)
Enfermeira ou residente	1% (2)	45% (179)	0% (0)	1% (2)	7% (27)	32% (128)
Enfermeiro ou residente	0% (0)	1% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Outro	0% (0)	2% (9)	0% (0)	0% (0)	1% (2)	2% (7)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?						
Sim	1% (2)	47% (185)	0% (1)	1% (2)	7% (29)	36% (141)
Não	0% (0)	7% (26)	0% (0)	0% (0)	1% (2)	2% (9)
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?						
Sim	1% (2)	47% (187)	0% (1)	1% (2)	8% (30)	35% (140)
Não	0% (0)	6% (24)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	3% (10)
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?						
Sim	0% (1)	46% (183)	0% (1)	1% (2)	7% (29)	33% (131)
Não	0% (1)	7% (28)	0% (0)	0% (0)	1% (2)	5% (19)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?						
Sim	1% (2)	44% (176)	0% (1)	1% (2)	7% (28)	32% (127)
Não	0% (0)	9% (35)	0% (0)	0% (0)	1% (3)	6% (23)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?						
Sim	1% (2)	44% (176)	0% (1)	1% (2)	7% (28)	32% (127)
Não	0% (0)	9% (35)	0% (0)	0% (0)	1% (3)	6% (23)
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?						
Sim	1% (2)	48% (191)	0% (1)	0% (1)	7% (28)	34% (136)
Não	0% (0)	5% (20)	0% (0)	0% (1)	1% (3)	4% (14)
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?						
Sim	0% (1)	38% (152)	0% (0)	0% (0)	6% (24)	28% (112)
Não	0% (1)	15% (59)	0% (1)	1% (1)	2% (7)	10% (38)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?						
Sim	1% (2)	46% (181)	0% (1)	1% (2)	6% (25)	32% (128)
Não	0% (0)	8% (30)	0% (0)	0% (0)	2% (6)	6% (22)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Tabela 10 - Perfil dos aspectos operacionais na 9ª Regional de Saúde e a variável escolaridade, Foz do Iguaçu, Paraná, 2019

(continua)

	Escolaridade						
	Fundam. Completo	Fundam. Incompl.	Médio Completo	Médio Incompl.	Superior Completo	Superior Incompl.	Sem Escolaridade
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?							
Sim	8% (32)	21% (80)	37% (142)	19% (74)	0% (1)	1% (5)	1% (2)
Não	1% (4)	1% (4)	2% (7)	2% (7)	1% (5)	6% (22)	3% (12)
Se SIM, por qual profissional?							
Médico ou residente	0% (0)	0% (0)	0% (1)	0% (1)	0% (1)	0% (0)	0% (1)
Médica ou residente	0% (1)	0% (1)	0% (0)	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Enfermeira ou residente	7% (28)	19% (77)	33% (131)	17% (66)	1% (4)	6% (22)	3% (11)

(conclusão)

	Escolaridade						
	Fundam. Completo	Fundam. Incompl.	Médio Completo	Médio Incompl.	Superior Completo	Superior Incompl.	Sem Escolaridade
Enfermeiro ou residente	0% (0)	0% (0)	1% (2)	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Outro	1% (3)	1% (2)	2% (8)	1% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?							
Sim	9% (34)	19% (77)	35% (138)	19% (74)	1% (5)	5% (20)	3% (12)
Não	1% (2)	2% (7)	3% (11)	2% (7)	0% (1)	2% (7)	1% (2)
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?							
Sim	9% (35)	19% (76)	35% (140)	18% (73)	1% (5)	6% (22)	3% (11)
Não	0% (1)	2% (8)	2% (9)	2% (8)	0% (1)	1% (5)	1% (3)
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?							
Sim	8% (32)	19% (74)	35% (137)	18% (70)	1% (4)	5% (19)	3% (11)
Não	1% (4)	3% (10)	3% (12)	3% (11)	1% (2)	2% (8)	1% (3)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?							
Sim	8% (31)	19% (75)	33% (132)	16% (65)	1% (5)	5% (18)	3% (10)
Não	1% (5)	2% (9)	4% (17)	4% (16)	0% (1)	2% (9)	1% (4)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?							
Sim	8% (30)	19% (76)	33% (132)	16% (65)	1% (5)	5% (18)	3% (10)
Não	2% (6)	2% (8)	4% (17)	4% (16)	0% (1)	2% (9)	1% (4)
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?							
Sim	8% (30)	20% (78)	35% (139)	18% (73)	1% (5)	5% (21)	3% (13)
Não	2% (6)	2% (8)	3% (10)	2% (8)	0% (1)	2% (6)	0% (1)
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?							
Sim	6% (0)	18% (0)	28% (0)	12% (0)	1% (0)	4% (0)	3% (0)
Não	3% (0)	3% (0)	9% (0)	9% (0)	1% (0)	3% (0)	1% (0)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?							
Sim	8% (32)	19% (75)	33% (131)	16% (65)	1% (5)	5% (20)	3% (11)
Não	1% (4)	2% (9)	5% (18)	4% (16)	0% (1)	2% (7)	1% (3)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Tabela 11 - Perfil dos aspectos operacionais na 9ª Regional de Saúde e a variável idade, Foz do Iguaçu, Paraná, 2019

(continua)

	Faixa etária			
	< 15 anos	> 36 anos	16-25 anos	26-35 anos
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?				
Sim	1% (4)	7% (27)	50% (197)	35% (139)
Não	0% (0)	1% (3)	4% (16)	3% (11)
Se SIM, por qual profissional?				
Médico ou residente	0% (0)	0% (1)	0% (1)	1% (2)
Médica ou residente	0% (0)	0% (0)	1% (3)	0% (0)
Enfermeira ou residente	1% (4)	6% (24)	46% (181)	33% (130)
Enfermeiro ou residente	0% (0)	0% (1)	1% (2)	0% (0)
Outro	0% (0)	0% (1)	3% (10)	2% (7)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?				
Sim	1% (4)	6% (24)	49% (196)	34% (136)
Não	0% (0)	2% (6)	4% (17)	4% (14)
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?				
Sim	1% (4)	6% (24)	49% (196)	34% (136)
Não	0% (0)	2% (6)	4% (17)	4% (14)
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?				
Sim	1% (4)	6% (34)	49% (193)	32% (126)
Não	0% (0)	2% (6)	5% (20)	6% (24)

(conclusão)

	Faixa etária			
	< 15 anos	> 36 anos	16-25 anos	26-35 anos
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?				
Sim	1% (4)	6% (22)	47% (185)	31% (125)
Não	0% (0)	2% (8)	7% (28)	6% (25)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?				
Sim	1% (4)	6% (22)	46% (184)	32% (126)
Não	0% (0)	2% (8)	7% (29)	6% (24)
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?				
Sim	1% (4)	6% (25)	50% (197)	34% (133)
Não	0% (0)	1% (5)	4% (16)	4% (17)
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?				
Sim	1% (4)	5% (21)	39% (156)	27% (108)
Não	0% (0)	2% (9)	14% (57)	11% (42)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?				
Sim	1% (4)	6% (24)	46% (184)	32% (127)
Não	0% (0)	2% (6)	7% (29)	6% (23)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Na 10^a RS, não houve distinção quanto os aspectos operacionais e diferentes etnias, porém predominância da cor branca e parda (Tabela 12). Em relação à escolaridade, o predomínio foi do Ensino Médio (Tabela 13), e quanto à idade, há variação de 16 a 25 anos e de 26 a 35 anos (Tabela 14).

Tabela 12 - Perfil dos aspectos operacionais na 10^a Regional de Saúde e a variável etnia, Cascavel, Paraná, 2019

(continua)

	Etnia					
	Amarela	Branca	Indígena	Não Inf.	Negra	Parda
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?						
Sim	0% (0)	51% (203)	1% (2)	3% (13)	4% (16)	25% (101)
Não	0% (0)	8% (33)	0% (0)	0% (1)	1% (3)	3% (11)
N/A	0% (0)	1% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Se SIM, por qual profissional?						
Médico ou residente	0% (0)	1% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Médica ou residente	0% (0)	1% (4)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (1)
Enfermeira ou residente	0% (0)	45% (179)	0% (1)	3% (11)	4% (15)	23% (91)
Enfermeiro ou residente	0% (0)	1% (4)	0% (0)	0% (0)	1% (2)	0% (0)
Outro	0% (0)	3% (13)	0% (1)	1% (2)	0% (1)	2% (7)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?						
Sim	0% (0)	46% (179)	0% (1)	3% (13)	4% (17)	23% (89)
Não	0% (0)	10% (38)	0% (1)	0% (0)	0% (1)	3% (11)
N/A	0% (0)	5% (21)	0% (0)	0% (1)	0% (1)	3% (12)
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?						
Sim	0% (0)	48% (185)	0% (1)	3% (13)	4% (14)	26% (100)
Não	0% (0)	10% (38)	0% (1)	0% (1)	1% (4)	2% (7)
		4% (15)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	1% (5)

(conclusão)

	Etnia					
	Amarela	Branca	Indígena	Não Inf.	Negra	Parda
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?						
Sim	0% (0)	47% (180)	0% (1)	3% (13)	4% (15)	25% (96)
Não	0% (0)	11% (44)	0% (1)	0% (1)	1% (3)	3% (12)
N/A	0% (0)	4% (14)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	1% (4)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?						
Sim	0% (0)	48% (183)	0% (1)	3% (13)	4% (16)	25% (95)
Não	0% (0)	10% (39)	0% (1)	0% (1)	1% (2)	3% (12)
N/A	0% (0)	4% (16)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	1% (5)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?						
Sim	0% (0)	48% (184)	0% (1)	3% (13)	4% (16)	25% (95)
Não	0% (0)	10% (40)	0% (1)	0% (1)	1% (2)	3% (13)
N/A	0% (0)	4% (14)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	1% (4)
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?						
Sim	0% (0)	54% (208)	1% (2)	4% (14)	4% (16)	27% (103)
Não	0% (0)	8% (30)	0% (0)	0% (0)	1% (2)	2% (9)
N/A	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	0% (0)
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?						
Sim	0% (0)	45% (172)	0% (2)	2% (6)	4% (15)	21% (82)
Não	0% (0)	16% (62)	0% (0)	2% (8)	1% (4)	8% (29)
N/A	0% (0)	1% (4)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (1)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?						
Sim	0% (0)	55% (212)	1% (2)	4% (14)	4% (17)	24% (92)
Não	0% (0)	6% (24)	0% (0)	0% (0)	1% (2)	5% (18)
N/A	0% (0)	1% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1% (2)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Tabela 13 - Perfil dos aspectos operacionais na 10ª Regional de Saúde e a variável escolaridade, Cascavel, Paraná, 2019

(continua)

	Escolaridade						
	Fundam. Completo	Fundam. Incompl.	Médio Completo	Médio Incompl.	Superior Completo	Superior Incompl.	Sem Escolaridade
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?							
Sim	10% (37)	18% (70)	33% (125)	17% (66)	7% (27)	2% (9)	0% (1)
Não	2% (8)	4% (16)	4% (17)	1% (4)	0% (1)	1% (2)	0% (0)
Se SIM, por qual profissional?							
Médico ou residente	0% (0)	1% (2)	1% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Médica ou residente	0% (0)	0% (1)	1% (2)	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Enfermeira ou residente	9% (34)	15% (59)	29% (110)	16% (61)	0% (1)	6% (23)	2% (9)
Enfermeiro ou residente	2% (8)	4% (16)	4% (17)	1% (4)	0% (0)	0% (1)	1% (2)
Outro	1% (3)	2% (7)	2% (9)	1% (2)	0% (0)	1% (3)	0% (0)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?							
Sim	9% (33)	17% (66)	28% (109)	15% (56)	6% (23)	3% (11)	0% (1)
Não	2% (8)	3% (13)	5% (21)	2% (8)	0% (1)	0% (0)	0% (0)
N/A	1% (4)	2% (8)	3% (13)	2% (6)	1% (4)	0% (0)	0% (0)
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?							
Sim	9% (35)	17% (64)	30% (117)	16% (61)	6% (25)	3% (10)	0% (1)
Não	2% (7)	4% (17)	5% (20)	2% (6)	0% (0)	0% (1)	0% (0)

(conclusão)

	Escolaridade						
	Fundam. Completo	Fundam. Incompl.	Médio Completo	Médio Incompl.	Superior Completo	Superior Incompl.	Sem Escolaridade
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?							
Sim	9% (34)	15% (59)	31% (119)	15% (59)	6% (24)	2% (9)	0% (1)
N/A	1% (2)	2% (6)	1% (5)	1% (3)	1% (3)	0% (0)	0% (0)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?							
Sim	9% (34)	16% (60)	31% (119)	16% (60)	6% (25)	2% (9)	0% (1)
Não	2% (8)	5% (20)	5% (18)	2% (7)	0% (0)	1% (2)	0% (0)
NA	1% (3)	2% (7)	2% (6)	1% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?							
Sim	9% (34)	16% (60)	31% (119)	16% (61)	6% (25)	2% (9)	0% (1)
Não	2% (9)	5% (21)	5% (19)	2% (6)	0% (0)	1% (2)	0% (0)
NA	1% (2)	2% (6)	1% (5)	1% (3)	1% (3)	0% (0)	0% (0)
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?							
Sim	10% (38)	19% (73)	34% (131)	16% (63)	7% (27)	3% (10)	0% (1)
Não	2% (7)	4% (14)	3% (12)	2% (6)	0% (1)	0% (1)	0% (0)
NA	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?							
Sim	9% (33)	15% (57)	27% (103)	14% (52)	6% (23)	2% (8)	0% (1)
Não	3% (11)	7% (28)	10% (39)	4% (17)	1% (5)	1% (3)	0% (0)
NA	0% (1)	1% (2)	0% (1)	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?							
Sim	10% (40)	19% (73)	34% (130)	15% (59)	6% (25)	2% (9)	0% (1)
Não	1% (5)	4% (14)	3% (12)	3% (10)	1% (2)	0% (1)	0% (0)
NA	0% (0)	0% (0)	0% (1)	0% (1)	0% (1)	0% (0)	0% (0)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Tabela 14 - Perfil dos aspectos operacionais na 10ª Regional de Saúde e a variável idade, Cascavel, Paraná, 2019

(continua)

	Faixa etária			
	< 15 anos	> 36 anos	16-25 anos	26-35 anos
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?				
Sim	0% (0)	8% (30)	39% (152)	40% (153)
Não	0% (0)	1% (3)	6% (25)	5% (20)
N/A	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1% (2)
Se SIM, por qual profissional?				
Médico ou residente	0% (0)	0% (1)	0% (1)	1% (3)
Médica ou residente	0% (0)	0% (0)	1% (3)	1% (2)
Enfermeira ou residente	0% (0)	7% (27)	34% (131)	36% (139)
Enfermeiro ou residente	0% (0)	0% (0)	0% (4)	0% (2)
Outro	0% (0)	1% (2)	3% (13)	2% (9)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?				
Sim	0% (0)	8% (29)	36% (137)	35% (133)
Não	0% (0)	1% (4)	7% (26)	5% (21)
N/A	0% (0)	0% (0)	4% (14)	5% (21)
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?				
Sim	0% (0)	8% (30)	37% (143)	36% (140)
Não	0% (0)	1% (3)	7% (28)	5% (20)
N/A	0% (0)	0% (0)	2% (6)	4% (15)
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?				
Sim	0% (0)	7% (27)	36% (139)	36% (139)
Não	0% (0)	2% (6)	8% (32)	6% (23)
N/A	0% (0)	0% (0)	2% (6)	3% (13)

(conclusão)

	Faixa etária			
	< 15 anos	> 36 anos	16-25 anos	26-35 anos
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?				
Sim	0% (0)	8% (30)	36% (140)	36% (138)
Não	0% (0)	1% (3)	8% (30)	6% (22)
N/A	0% (0)	0% (0)	2% (7)	4% (15)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?				
Sim	0% (0)	8% (31)	36% (140)	36% (138)
Não	0% (0)	1% (2)	8% (31)	6% (24)
N/A	0% (0)	0% (0)	2% (6)	3% (13)
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?				
Sim	0% (0)	8% (29)	41% (159)	40% (155)
Não	0% (0)	1% (4)	5% (18)	5% (19)
N/A	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (1)
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?				
Sim	0% (0)	6% (24)	32% (125)	33% (128)
Não	0% (0)	2% (5)	13% (50)	11% (45)
N/A	0% (0)	0% (1)	1% (2)	1% (2)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?				
Sim	0% (0)	7% (27)	41% (158)	39% (152)
Não	0% (0)	1% (4)	5% (18)	6% (22)
N/A	0% (0)	1% (2)	0% (1)	0% (1)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Relativamente aos aspectos operacionais e às diferentes etnias, na 17ª RS não houve distinção, entretanto, uma predominância da cor branca e parda (Tabela 15). Em relação à escolaridade, predominou o Ensino Médio (Tabela 16) e a idade varia de 16 a 25 anos e de 26 a 35 anos (Tabela 17).

Tabela 15 - Perfil dos aspectos operacionais na 17ª Regional de Saúde e a variável etnia, Londrina, Paraná, 2019

(continua)

	Etnias					
	Amarela	Branca	Indígena	Não Inf.	Negra	Parda
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?						
Sim	1% (3)	46% (226)	1% (4)	2% (11)	7% (32)	23% (112)
Não	0% (1)	11% (53)	0% (1)	0% (1)	2% (11)	5% (26)
NA	0% (0)	1% (6)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (1)
Se SIM, por qual profissional*?						
Médico ou residente	0% (0)	1% (5)	0% (1)	0% (0)	0% (2)	1% (7)
Médica ou residente	0% (0)	1% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	1% (4)
Enfermeira ou residente	0% (2)	41% (198)	1% (3)	2% (11)	5% (22)	18% (89)
Enfermeiro ou residente	0% (0)	1% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (2)
Outro	0% (1)	4% (21)	0% (0)	0% (0)	1% (7)	2% (11)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?						
Sim	1% (3)	42% (207)	1% (4)	2% (12)	7% (32)	20% (100)
NA	0% (0)	1% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	1% (3)

(conclusão)

	Etnias					
	Amarela	Branca	Indígena	Não Inf.	Negra	Parda
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?						
Sim	0% (2)	46% (223)	1% (4)	2% (11)	7% (33)	22% (105)
Não	0% (2)	11% (52)	0% (1)	0% (1)	2% (8)	6% (29)
NA	0% (0)	2% (10)	0% (0)	0% (0)	0% (2)	1% (5)
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?						
Sim	0% (1)	38% (184)	1% (4)	2% (9)	6% (28)	18% (88)
Não	1% (3)	20% (97)	0% (1)	1% (3)	3% (15)	10% (47)
N/A	0% (0)	1% (4)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1% (4)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?						
Sim	0% (2)	39% (190)	1% (4)	2% (10)	7% (35)	18% (86)
Não	0% (2)	18% (89)	0% (1)	0% (2)	2% (8)	10% (49)
N/A	0% (0)	1% (6)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1% (4)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?						
Sim	0% (2)	40% (193)	1% (4)	2% (10)	7% (35)	17% (85)
Não	0% (2)	18% (88)	0% (1)	0% (2)	2% (8)	10% (51)
N/A	0% (0)	1% (4)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1% (3)
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?						
Sim	1% (3)	50% (245)	1% (5)	2% (12)	8% (37)	23% (114)
Não	0% (1)	7% (35)	0% (0)	0% (0)	1% (5)	5% (24)
N/A	0% (0)	1% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (1)	0% (1)
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?						
Sim	0% (2)	40% (195)	0% (2)	1% (6)	5% (26)	17% (85)
Não	0% (2)	17% (85)	1% (3)	1% (5)	3% (16)	11% (54)
N/A	0% (0)	1% (5)	0% (0)	0% (1)	0% (1)	0% (0)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?						
Sim	1% (4)	46% (225)	1% (5)	2% (11)	6% (30)	21% (103)
Não	0% (0)	11% (55)	0% (0)	0% (1)	3% (13)	7% (33)
N/A	0% (0)	1% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1% (3)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Tabela 16 - Perfil dos Aspectos Operacionais na 17ª Regional de Saúde e a variável escolaridade, Londrina, Paraná, 2019

(continua)

	Escolaridade						
	Fundam. Completo	Fundam. Incompl.	Médio Completo	Médio Incompl.	Superior Completo	Superior Incompl.	Sem Escolaridade
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?							
Sim	11% (53)	15% (74)	27% (130)	16% (79)	4% (21)	6% (27)	0% (1)
Não	2% (9)	4% (18)	7% (33)	4% (21)	1% (3)	2% (8)	0% (0)
N/A	0% (1)	1% (3)	0% (2)	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Se SIM, por qual profissional?							
Médico ou Residente	0% (2)	1% (4)	1% (6)	0% (1)	0% (0)	0% (2)	0% (0)
Médica ou Residente	1% (4)	0% (2)	0% (1)	0% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (1)
Enfermeira ou residente	8% (39)	13% (64)	23% (112)	14% (68)	0% (1)	3% (16)	5% (23)
Enfermeiro ou residente	0% (1)	0% (1)	0% (1)	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (1)
Outro	2% (8)	1% (6)	2% (12)	2% (8)	0% (2)	1% (3)	0% (0)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?							
Sim	10% (49)	13% (61)	25% (124)	16% (78)	4% (18)	5% (25)	0% (1)
Não	2% (12)	7% (33)	8% (38)	5% (22)	1% (5)	2% (9)	0% (0)
N/A	0% (2)	0% (1)	1% (3)	0% (1)	0% (1)	0% (1)	0% (0)

(conclusão)

	Escolaridade						
	Fundam. Completo	Fundam. Incompl.	Médio Completo	Médio Incompl.	Superior Completo	Superior Incompl.	Sem Escolaridade
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?							
Sim	10% (51)	14% (70)	26% (126)	17% (81)	5% (24)	5% (24)	0% (1)
Não	2% (10)	5% (24)	7% (32)	3% (17)	0% (0)	2% (8)	0% (0)
N/A	0% (2)	0% (1)	1% (7)	1% (3)	0% (0)	1% (3)	0% (0)
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?							
Sim	9% (46)	13% (61)	20% (97)	14% (69)	4% (18)	4% (19)	0% (1)
Não	3% (16)	7% (32)	14% (66)	6% (30)	1% (6)	3% (15)	0% (0)
N/A	0% (1)	0% (2)	0% (2)	0% (2)	0% (0)	0% (1)	0% (0)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?							
Sim	10% (48)	13% (63)	22% (106)	14% (68)	4% (18)	4% (21)	0% (1)
Não	3% (13)	6% (31)	12% (57)	6% (29)	1% (6)	3% (13)	0% (0)
N/A	0% (2)	0% (1)	0% (2)	1% (4)	0% (0)	0% (1)	0% (0)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?							
Sim	10% (47)	13% (65)	22% (106)	14% (69)	4% (19)	4% (20)	0% (1)
Não	3% (15)	6% (29)	12% (57)	6% (29)	1% (5)	3% (14)	0% (0)
N/A	0% (1)	0% (1)	0% (2)	1% (3)	0% (0)	0% (1)	0% (0)
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?							
Sim	10% (49)	16% (78)	29% (143)	18% (89)	5% (22)	7% (32)	0% (1)
Não	2% (12)	3% (16)	5% (22)	2% (9)	0% (1)	1% (3)	0% (0)
N/A	0% (2)	0% (1)	0% (0)	1% (3)	0% (1)	0% (0)	0% (0)
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?							
Sim	9% (42)	12% (60)	22% (106)	14% (67)	4% (18)	4% (20)	0% (1)
Não	4% (20)	7% (33)	12% (57)	7% (33)	1% (6)	3% (14)	0% (0)
N/A	0% (1)	0% (2)	0% (2)	0% (1)	0% (0)	0% (1)	0% (0)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?							
Sim	9% (42)	12% (60)	22% (106)	14% (67)	4% (18)	4% (20)	0% (1)
Não	4% (20)	7% (33)	12% (57)	7% (33)	1% (6)	3% (14)	0% (0)
N/A	0% (1)	0% (2)	0% (2)	0% (1)	0% (0)	0% (1)	0% (0)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Tabela 17 - Perfil dos aspectos operacionais na 17ª Regional de Saúde e a variável idade, Londrina, Paraná, 2019

(continua)

	Faixa etária			
	< 15 anos	> 36 anos	16-25 anos	26-35 anos
Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê?				
Sim	0% (1)	5% (24)	44% (213)	31% (150)
Não	0% (0)	1% (5)	11% (56)	7% (32)
N/A	0% (0)	0% (1)	1% (4)	0% (2)
Se SIM, por qual profissional?				
Médico ou residente	0% (1)	0% (1)	1% (6)	1% (7)
Médica ou residente	0% (0)	0% (1)	2% (8)	0% (1)
Enfermeira ou residente	0% (0)	3% (17)	36% (177)	27% (131)
Enfermeiro ou residente	0% (0)	0% (0)	0% (2)	1% (3)
Outro	0% (0)	1% (6)	5% (24)	2% (10)
Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê?				
Sim	0% (1)	4% (19)	42% (207)	27% (131)
Não	0% (0)	2% (11)	12% (60)	10% (50)
N/A	0% (0)	0% (0)	1% (6)	1% (3)
Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical?				
Sim	0% (0)	3% (17)	36% (178)	24% (119)
Não	0% (1)	2% (12)	18% (89)	13% (64)
N/A	0% (0)	0% (1)	1% (6)	0% (1)

(conclusão)

	Faixa etária			
	< 15 anos	> 36 anos	16-25 anos	26-35 anos
Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas?				
Sim	0% (0)	7% (0)	36% (139)	36% (139)
Não	0% (0)	2% (6)	8% (32)	6% (23)
N/A	0% (0)	0% (0)	2% (6)	3% (13)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê?				
Sim	0% (0)	4% (20)	37% (181)	26% (126)
Não	0% (1)	2% (9)	17% (84)	12% (57)
N/A	0% (0)	0% (1)	2% (8)	0% (1)
Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê?				
Sim	0% (0)	4% (19)	38% (183)	26% (127)
Não	0% (1)	2% (10)	17% (84)	12% (57)
N/A	0% (0)	0% (1)	1% (6)	0% (0)
Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê?				
N/A	0% (0)	0% (0)	1% (5)	0% (2)
Não	0% (1)	1% (5)	9% (42)	3% (17)
Sim	0% (0)	5% (25)	46% (226)	34% (165)
Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê?				
Sim	0% (0)	3% (17)	36% (175)	25% (124)
Não	0% (1)	3% (13)	19% (95)	11% (56)
N/A	0% (0)	0% (0)	1% (3)	1% (4)
Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda e importância do AME?				
Sim	0% (1)	4% (20)	43% (208)	31% (149)
Não	0% (0)	2% (9)	12% (59)	7% (34)
N/A	0% (0)	0% (1)	1% (6)	0% (1)

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Mediante os resultados relativos à idade, etnia e escolaridade das mulheres no que tange às questões operacionais, as três Regionais de Saúde apresentaram os seguintes dados predominantes: idade variou entre 16 a 35 anos; etnia branca; Ensino Médio completo. Tais dados revelam que, independentemente da idade, etnia e escolaridade, as mães receberam auxílio profissional na prática de cuidados com o RN. Não obstante, ressalta-se que os resultados não correspondem a 100% das respostas, o que indica que há falhas neste seguimento da saúde materno-infantil.

7 DISCUSSÃO

Cerca de três milhões de nascimentos ocorre a cada ano no Brasil em instituições públicas ou privadas, influenciando significativamente as famílias e o meio social (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2017a). O momento do pós-parto, puerpério, é importante e delicado para a mulher, principalmente por envolver os cuidados ao bebê, mudanças físicas e emocionais da mãe, bem como das atividades da vida diária e suas relações com o meio social (BRASIL, 2016). Sob essa premissa, o presente estudo analisou o apoio recebido aos cuidados do RN no ambiente hospitalar sob a visão das puérperas internadas no AC, comparando três Regionais de Saúde do Paraná que integram a Rede Mãe Paranaense.

Considerando a idade das puérperas nas três Regionais de Saúde, a 10ª RS apresentou a média de idade mais elevada entre as três com 27,0 anos, e a 9ª RS a média mais baixa, com 25,6 anos. Ao comparar tais resultados com um estudo realizado em Campo Grande, em um Centro Especializado ao Atendimento a Mulheres, observa-se que a faixa etária predominante é entre 18 e 30 anos (47,8%) (SOUSA et al., 2018).

Outro indicador importante apontado em um estudo realizado por Barros, Aquino e Souza (2019) sobre a mortalidade fetal, assinala que a idade da mãe é um fator relevante à mortalidade. O referido estudo revela que há um elevado número de mulheres gestantes com idade entre 25 a 44 anos no Brasil, em destaque as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Ou seja, quanto mais elevada a idade da mulher, maior a taxa de mortalidade fetal.

Segundo dados da SESA, para a RMP, o público-alvo são as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e crianças abaixo de um ano de idade, contudo as ações são desenvolvidas com o intento de promover a qualidade de vida para a sociedade de modo em geral, visando reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil no Paraná. Para a referida Rede, além da idade da mulher, outro aspecto que influencia os fatores de risco para a classificação é a raça das mulheres, sendo que negras e pardas são classificadas em Risco Intermediário devido à própria condição social e cultural no Brasil (PARANÁ, 2018b). Assim, as três Regionais de Saúde apresentaram como raça/cor predominante a branca, seguida da parda e, após a negra.

O censo do IBGE de 2010 demonstra que, no território brasileiro, a raça/cor branca é a predominante, com 48,5% da população feminina, seguida da parda, com 42,8% e, após a preta, com 7,1%. Esses dados corroboram para se compreender a classificação de gênero no Brasil, bem como a saúde da mulher em situação de vulnerabilidade, considerando que uma parcela se apresenta como raça parda e preta na população de mulheres.

Outro estudo que contribui para a melhor compreensão é o apontado por Diniz et al. (2016a), ao argumentarem que as mulheres pardas e negras são as principais usuárias dos serviços públicos de saúde, considerando 80,3% pretas e 74% pardas.

Em relação à situação conjugal da puérpera, no presente estudo, dividiu-se em dois planos: com companheiro e sem companheiro. Pôde-se observar que há relação aproximada nos dados apontados pelas três Regionais de Saúde ($p=0,0038$), demonstrando que uma parcela significativa das mulheres entrevistadas está junto com o parceiro.

Comparando-se os resultados obtidos com outros estudos, a exemplo do indicado por Abreu et al. (2018), verifica-se que, em São Paulo, Brasil, 63% das mulheres estão com companheiro e 36% sem companheiro. Outro estudo realizado na Região Sudoeste do Brasil a respeito do desfecho neonatal desfavorável, aponta que, entre as mulheres que não possuíam companheiro, 23,5% delas tiveram bebês com alteração de vitalidade ao nascer. Ou seja, a situação conjugal influencia nos aspectos clínicos do RN (LEONOR, 2017).

Embora a assistência seja focada na puérpera e no RN, a presença do companheiro auxilia no suporte físico e emocional da mãe. Para Santos et al. (2018), os cuidados realizados no puerpério se voltam à preocupação com a melhora da companheira e com o bem-estar do bebê, sendo o companheiro uma peça fundamental de apoio físico e emocional para os cuidados com a mãe e com o bebê. Nesse sentido, os reflexos da presença do companheiro nesse período fortificam os laços familiares, como também o elo entre pai e filho.

Já em relação ao aspecto demográfico de média de filhos entre as puérperas das três Regionais de Saúde pesquisadas, houve uma diferença estatística, sendo que a 10ª RS obteve a maior média 2,13%, conforme demonstra a Tabela 1. Ao se observar a taxa de fecundidade nacional, percebe-se que, ao longo dos anos, houve um declínio. Em 2000 esta taxa era próxima de 6 filhos por mulher; em 2006, 2 filhos por mulher; em 2010, conforme censo demográfico do IBGE, a média de filhos passou para 1,9 por mulher (IBGE, 2010; MIRANDA-RIBEIRO et al., 2016).

No que tange à variável escolaridade, pôde-se constatar que uma parcela considerável das puérperas concluiu o Ensino Médio, algo relevante e importante e que não estaria diretamente ligado a um fator de risco. De acordo com a SESA, para a RMP, características individuais como raça, etnia, idade, bem como aspectos sociodemográficos como escolaridade influenciam para a estratificação de risco da gestante. No caso de baixa escolaridade, considera-se Risco Intermediário (PARANÁ, 2018b). Estudo semelhante,

apontado por Paiva et al. (2018), identificou uma elevada escolaridade por mulheres, o que pode contribuir para os desfechos das gestações. Além disso, conforme a RMP, os aspectos relativos à escolaridade da mãe, às condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde em tempo hábil estão relacionados aos índices de mortalidade materna e infantil (PARANÁ, 2018b).

Dessa maneira, é importante considerar o perfil das mulheres, determinando os fatores que envolvem os processos de gestação, parto, nascimento e puerpério para propiciar as ações de assistência à saúde, visando promover, prioritariamente, a qualidade de vida para a mãe e para o bebê, juntamente com a sua família.

Sob essa lógica, pode-se afirmar que os aspectos sociodemográficos das mulheres deste estudo contribuem para a pesquisa de fatores determinantes, dentre eles:

- a) a média de idade, que se mantém na média nacional entre as mulheres;
- b) há predomínio da raça branca, contudo, somando pardas e negras de cada Regional, observa-se que a 9ª RS totalizou 45,6% desta população feminina, um dado importante para a condição social que abrange esta Regional de Saúde, além disso, influência para a RMP que atua diretamente nesses aspectos para realizar a estratificação de risco das gestantes.
- c) em relação à situação conjugal, nota-se que mais de 80% da população das três Regionais de Saúde estão com o companheiro;
- d) a média de filhos está em concordância com a média nacional;
- e) a escolaridade é elevada nas três Regionais de Saúde, uma vez que as mulheres têm mais acesso à educação, pois, além do Ensino Médio, há possibilidade de cursarem Ensino Superior, uma vez que nas cidades-sede das Regionais há universidades públicas.

Outro aspecto importante para a RMP corresponde aos aspectos clínicos das mulheres, tendo em vista as principais doenças presentes na gestação. Justifica-se a importância desse dado, pois influencia a estratificação de risco da mulher, e mais que isso, está diretamente ligado ao desfecho da gestação e com o RN. Assim, doenças como cardiopatia, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo e infecção do trato urinário foram as principais patologias apontadas nas entrevistas.

Para Elkayam et al. (2016), estima-se que a incidência de gestantes com doença cardiovascular está aumentando em 1% a 4% das gestações, inclusive as cardiopatias congênitas. Apesar da existência de recursos à assistência dessas mulheres, ainda há algumas

condições cardíacas que levam à morbidade e à mortalidade tanto materna quanto fetal. Ressalta-se que, nas três Regionais de Saúde, foram apresentados casos de cardiopatia, dado este que influencia a estratificação de risco, assim como o desfecho gestacional. Contudo, pautar uma assistência com planejamento e qualidade, captando precocemente a gestante pode prevenir complicações futuras e garantir o bem-estar da mãe e RN.

No estudo de Silva et al. (2019), a principal patologia apresentada foi a hipertensão arterial, considerada uma das mais significativas adversidades entre as gestantes, ligada ao Alto Risco, influenciando aspectos do RN, como prematuridade, baixo peso, trabalho de parto prematuro, óbito fetal e neonatal. Logo, acompanhar a gestante precocemente e estimular hábitos saudáveis atrelados ao tratamento medicamentoso colabora para evitar agravos à saúde.

Sobre o hipotireoidismo indicado pelas mulheres neste estudo, salienta-se que é considerado um fator de risco pela RMP. Em um estudo realizado na Dinamarca, com um total de 3018 mulheres, 3,9% tinham a doença antes, durante ou até cinco anos após a gravidez, um dado relevante para a definição de futuras políticas de saúde, haja vista que a função da tireoide em gestantes tem papel fundamental no desenvolvimento fetal, sendo necessário o diagnóstico e tratamento precoce no período gestacional (VILLAGELIN et al., 2016; ANDERSEN, 2019).

Em relação à infecção do trato urinário, observa-se um número significativo nas três Regionais de Saúde. Sendo assim, a bacteriúria em gestantes é um importante fator causal de parto prematuro, baixo peso ao nascer, infecções do trato urinário no pós-parto e maiores taxas de mortalidade fetal. Estudo realizado na África com mulheres gestantes e não gestantes identificou uma prevalência dessa infecção em 38% de gestantes e 75% em não gestantes, todavia, para ser identificada de forma adequada na gestante, o recomendado é a realização de consultas regulares no período pré-natal (NDAMASON; MARBOU; KUETE, 2019). Esse dado corrobora para a atenção primária em saúde que acompanha a gestante no pré-natal, exigindo orientações e qualidade de vida, assim como para a atenção terciária em saúde a fim de se prever possíveis complicações no nascimento e pós-parto, garantindo uma assistência à saúde de qualidade para a mãe e para o RN.

No que tange ao acompanhamento de pré-natal, Carlo e Travers (2016) citam que a taxa de mortalidade materna, infantil e neonatal exige um cuidado vital no Brasil, inclusive no pré-natal, sendo que, neste processo, pode-se realizar avaliação de risco, bem como

diagnóstico e tratamento das condições que podem afetar a saúde da mãe e do bebê, sendo capaz de reduzir a morbimortalidade.

As políticas públicas voltadas para a atenção primária em saúde, sobretudo, no pré-natal evidenciam que uma assistência de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materna e infantil, uma vez que os profissionais de saúde têm conhecimento científico para identificar as vulnerabilidades que podem acometer o binômio mãe-bebê no período gestacional, tornando esse momento satisfatório e saudável às mulheres (TOMASI et al., 2017). Para tanto, o acompanhamento do pré-natal visa assegurar o desenvolvimento da gestação e reduzir possíveis impactos negativos, abordando educação em saúde, prevenção de doenças e aspectos psicossociais, favorecendo, assim, uma assistência de qualidade para a saúde materna e fetal.

A respeito da realização do pré-natal, com base nos dados coletados, evidenciou-se uma porcentagem de quase 100% das mulheres, em destaque as UBS, com mais 70% das respostas favoráveis. Isso revela uma atenção primária em saúde atuante, sendo uma das principais redes de atenção que faz o segmento da saúde materno-infantil. Contudo, observa-se entre as Regionais de Saúde uma diferença na quantidade de consultas feitas pelas gestantes, pois, conforme a RMP, o mínimo é de 7 consultas (PARANÁ, 2018a).

Para Sousa et al. (2018), o comparecimento a consultas de pré-natal é fundamental, pois permite que o profissional de saúde mantenha o acompanhamento da situação gestacional das mulheres, sendo possível detectar precocemente intercorrências, rastrear os riscos e agir diante dos problemas, visando manter a qualidade de vida para a mãe e para o bebê.

Em se tratando do número de consultas realizadas pelas gestantes no pré-natal, de acordo com os dados da pesquisa, as três regionais de saúde conseguiram iniciar precocemente ao pré-natal e ao quantitativo de consultas preconizado pela RMP. Esse dado é relevante para a saúde pública, pois influencia as taxas de mortalidade materna e infantil.

Em especial na assistência a gestante na 9^o RS, conseguindo realizar o acompanhamento adequado e as consultas de pré-natal, aponta que a cidade de Foz do Iguaçu, que pertence à tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina), conseguiu atingir a meta preconizada pela RMP. Para Mello, Victora e Gonçalves (2015), um público que procura o Brasil para o atendimento são as brasiguaias (brasileiras moradoras no Paraguai), como já mencionado neste estudo. A busca pelo atendimento no Brasil se dá em decorrência da precariedade paraguaia dos recursos físicos e materiais, falta de credibilidade nos

profissionais de saúde e elevados custos para tratamentos e consultas. Ademais, buscam apoio, nesse caso, para fazer valer os seus direitos em saúde. É, portanto, uma população que se encontra literalmente na Fronteira, entre seus direitos, identidade e visibilidade como já se enfatizou.

Em relação à estratificação de risco das gestantes, pôde-se observar que nas três Regionais de Saúde houve um predomínio do RH, seguido do AR e por último o RI. Isso demonstra que as mulheres têm baixo risco de comorbidades relacionadas à gestação, aos aspectos sociodemográficos e a patologias adquiridas, diminuindo, assim, as taxas de mortalidade materna e infantil, bem como a utilização de tecnologias no nível terciário de atenção à saúde.

Outro estudo semelhante no Paraná corrobora com este resultado, demonstrando que o RH é elevado em relação ao RI e ao AR, com 82,4% das gestantes com RH, 16,4% AR e 1,3% RI. Uma vez mais, enfatiza-se a importância do pré-natal e a estratificação das gestantes, tendo em vista a garantia de uma assistência pautada em evidências com qualidade e embasada nas metas da RMP (LEITE; GASQUEZ; BERTONCIM, 2019),

No que concerne às gestações anteriores, não houve diferença nos dados apontados pelas três Regionais, uma vez que todas as entrevistadas obtiveram uma média acima de duas gestações. Em relação ao aborto, houve um resultado satisfatório nas três Regionais de Saúde. Contudo, a 9ª RS apresentou a menor média com 1,24 abortos, seguida da 10ª RS, com 1,38, e da 17ª RS, com 2,14 abortos. Esse resultado diz respeito à saúde fetal no Paraná. Outrossim, esse fator pode estar relacionado com as consultas de pré-natal, uma vez que a 10ª RS e a 17ª RS tiveram um índice de até 2 consultas no período gestacional. Esse dado é preocupante, pois a assistência feita nesse período é fundamental para prevenção de agravos, e a não realização acarreta prejuízos tanto para a saúde da mulher quanto para a saúde do bebê.

Em relação ao início da assistência de pré-natal na gestação, percebe-se que nas três Regionais é precocemente, pois ocorre abaixo das 14 semanas de gestação, um aspecto favorável para a saúde materno-infantil que, além de influenciar nos indicadores de saúde, atua na RMP atingindo as metas estipuladas. Em um estudo realizado no Ceará, por Balsells et al. (2018), apenas 26,3% (n=147) iniciaram o pré-natal abaixo de 14 semanas, o que fica evidente que as Regionais de Saúde do Paraná alcançaram os objetivos propostos pela RMP, valorizando, assim, a implantação e a continuidade da política pública na saúde materno-infantil.

Em contrapartida, um estudo realizado em países em desenvolvimento, por Liu et al. (2017), apontou que mais de 40% guatemaltecas tiveram a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre, dado observado neste estudo, porém 13,9% filipinas e 19,8% sul-africanas não o fizeram, somente a realizaram no segundo ou terceiro trimestre da gravidez. Embora esse dado influencie alguns aspectos nas características do recém-nascido, realizar o pré-natal adequado está associado a desfechos futuros que, ao longo da vida, certamente, beneficiam a saúde da criança.

Apesar dos diversos avanços na obstetrícia ocorridos nos últimos anos, ainda há pouca articulação entre a atenção básica e a terciária, o que é prejudicial para a vinculação da gestante com o sistema de saúde, assim como o planejamento para o parto, que pode ocasionar malefícios à assiduidade dos cuidados maternos e neonatais (SARAIVA et al., 2018). Portanto, reconhecer os determinantes de cada Regional de Saúde constituem desafios para serem superados, bem como para o sucesso de implementação e continuação de políticas públicas, mesmo com tecnologias de gestão e de assistência materno-infantil no estado do Paraná promissoras (MIGOTO et al., 2018).

A 9ª RS apresentou uma parcela de 81,4% mulheres sem antecedentes clínicos, porém cardiopatia (1,3%), hipotireoidismo (1,5%), infecção do trato urinário (3,5%) e outras patologias (7,3%) foram citadas pelas parturientes. No quesito pré-natal, evidencia-se que 99,9% o realizaram, destas, 90,2% em UBS. Seis ou mais consultas foram realizadas por 81,6% das mulheres, iniciando o acompanhamento < das 14 semanas de gestação, totalizando, assim, 80,6%. Sobre a estratificação de risco, o RH apresentou 61%, seguido do AR, com 18,9%, e após, o RI, com 12,6%. Já em relação às gestações anteriores, a média foi de 2,13 para cada mulher, sendo que 82,1% relataram não ter sofrido aborto, o que representa uma média de 1,24 abortos por mulher.

A 10ª RS apresentou 79% sem antecedentes clínicos, apontando a hipertensão arterial (3,4%), hipotireoidismo (2,1%), infecção urinária (3,1%) e outros agravos (5,7%) como principais acometimentos clínicos entre as parturientes. Sobre o acompanhamento de pré-natal, 99% das mulheres o realizaram, sendo o principal local a UBS (74%). Contudo, um dado importante para a saúde pública, principalmente para a RMP, diz respeito a 89,6% das mulheres que realizaram de 0 a 2 consultas, com 68,6% iniciando abaixo das 14 semanas de gestação. A classificação de risco apresentou 57,7% como RH; 3,1% RI e 30,6% AR. A média de gestações anteriores apontou 2,20 por mulher e 81% delas afirmaram não ter tido abortos, com 1,38 de média de abortos por mulher.

A 17ª RS apontou 67,4% das parturientes não ter agravos à saúde, mas citou, entre os antecedentes clínicos, a cardiopatia (1,0%), hipertensão arterial (1,4%), hipertireoidismo (1,2%), hipotireoidismo (2,0%), infecção urinária (6,1%), dentre outros agravos (10,2%). O pré-natal foi realizado por 94,4% das mulheres, sendo a UBS o principal local desse acompanhamento (79,3%). No entanto, 95,5% das parturientes apenas realizaram de 0 a 2 consultas e 77,7% iniciaram as consultas < de 14 semanas de gestação. O RH apontou 54,1% das mulheres, seguido do RI, com 21,3% e AR com 19,5%. A média de gestações anteriores foi de 2,08, e 71,7% das entrevistadas afirmaram que não tiveram aborto, o que retrata uma média de 2,14 abortos por mulher.

No mundo, há cerca de 140 milhões de nascimentos, e a maioria não apresenta fatores de risco. No Brasil, em 2016, houve 2.400.000 partos no SUS, sendo 1.336.000 cesarianas, sendo o segundo país com a maior taxa de partos cesáreas do Planeta com 55%. Segundo OMS (2018), esse índice é elevado comparativamente à Europa, cuja taxa é de 25% e aos Estados Unidos da América com 32,8%. Para Mascarello et al. (2018), o parto cesariano deve ser analisado com cautela pelas gestantes e profissionais de saúde, pois seus benefícios devem superar os potenciais riscos. Dessa forma, o conhecimento acerca dos riscos desse procedimento é imprescindível para a tomada de decisão tanto por parte da mulher quanto dos profissionais.

Neste estudo, a 9ª RS apresentou uma parcela igualitária entre parto cesariana e parto normal (48,6%). Já na 10ª RS houve uma pequena diferença entre os tipos de parto, mas com 55,9% de parto vaginal. Igualmente a 17ª RS obteve a maior parcela de parto vaginal (51,2%). Esse dado corrobora para as intervenções durante o nascimento e a escolha do tipo de parto, sendo que a maioria escolhe o parto cesariana. Um estudo multicêntrico, realizado por Kiserud et al. (2017), em vários países, apontou que a taxa global de parto normal foi de 67,3%, com uma variação significativa por país: 28,5% no Brasil a 94,5% na República Democrática do Congo. Já o parto cesariana obteve uma taxa total de 32,1%, com uma variação considerável de 5,5% na República Democrática do Congo para 70,1% no Brasil.

Para Diniz et al. (2016b), a opção pelo parto cesariana está associada a um aumento da morbidade e da mortalidade materna e neonatal a curto e longo prazo. Assim, reduzir a taxa de intervenções desnecessárias é fundamental para atingir as metas preconizadas pela OMS e pela RMP, garantindo qualidade na assistência materno-infantil. Nesse aspecto, o Brasil precisa avançar em políticas focadas no nascimento e evitar intervenções cirúrgicas sem a devida necessidade.

Com respeito às intercorrências maternas, verificou-se que 71,4% dentre as mulheres da 9ª RS apresentaram distocia. Esse dado pode estar relacionado à taxa de cesariana. A 10ª RS e a 17ª RS também apontaram a distocia, além da eclâmpsia. Assim, a distocia é definida como qualquer problema que ocorre durante o processo de trabalho de parto, relacionado a alguns fatores no parto como contratilidade uterina, problema com o feto e problema no trajeto do parto. O mesmo está relacionado à incidência de cesarianas sem a real necessidade. Logo, o importante para a saúde da mãe e do bebê é diagnosticar precocemente as distocias e suas respectivas intervenções, visando à redução das taxas de mortalidade e morbidade materno-fetal (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2016; MORAES FILHO et al., 2018).

No que concerne às condições de nascimento do RN, sobre o índice de Apgar, houve diferença entre as Regionais, contudo, a média dos escores no 1º minuto foi acima de 8, e no 5º minuto, acima de 9. O Apgar é uma escala de avaliação do neonato proposta por Virgínia Apgar, em 1953, sendo que sua determinação no 5º minuto de vida do RN predispõe condições ruins de vitalidade e devidas consequências (SILVA, 2018).

De acordo com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (2016), Oliveira et al. (2012) e Silva (2018), embora o índice de Apgar não ser um indicador que permita a realização de manobras de ressuscitação, é um marcador de mortalidade secundária, tendo em vista os danos que ocorrem com o feto e RN. Estudo realizado na Suécia sobre o índice de Apgar e sua relação com a mortalidade e morbidade neonatal aponta que um índice menor a 7 tem implicações com a mortalidade e morbidade neonatal, e os resultados são obtidos a longo prazo no desenvolvimento neurológico. Além disso, há uma probabilidade maior de mortalidade neonatal, infecções, complicações relacionadas à asfixia, hipoglicemia neonatal e dificuldade respiratória com menores escores de Apgar (7 a 9) no 1º, no 5º e no 10º minuto.

Assim, mesmo o índice de Apgar sendo ótimo no 1º e no 5º minuto, com escore 10 em cada momento, todos os recém-nascidos devem ser avaliados no 10º minuto, pois há evidências sobre a associação da morbidade neonatal nesse período. Portanto, índices na faixa de normalidade indicam prognóstico precoce, destacando os efeitos e complicações durante a gestação e parto (RAZAZ; CNATTINGIUS; JOSEPH, 2019).

Outra condição clínica do RN é sobre o peso. Para Bekele (2018), esse é um fator importante tanto para a equipe de saúde quanto para a mãe, pois determina a sobrevivência, o crescimento saudável e o desenvolvimento do neonato. Neonatos abaixo de 2000 gramas são considerados de AR, elevando morbimortalidade no período perinatal. Esse dado já pode

ser identificado precocemente durante o pré-natal com a realização de exames complementares para estimar o peso do feto, o que possibilita prognóstico e intervenções adequadamente (PARANÁ, 2018b).

Este estudo apontou que a média de peso dos recém-nascidos entre as Regionais está fora do AR, com 3275 gramas na 9ª RS, 3223 gramas na 10ª RS e 3252 gramas na 17ª RS. Convém ressaltar que esse dado influencia o desfecho da vitalidade do neonatal, bem como auxilia nos indicadores de mortalidade. Um estudo realizado em diversos países do mundo sobre peso ao nascer e demais medidas realizadas no RN apontou que a Noruega teve a maior mediana de peso ao nascer (3575 gramas), e a Dinamarca e a Alemanha tiveram peso ao nascer aproximadamente de 100 gramas a menos, enquanto a Argentina, o Brasil e a França tiveram peso ao nascer de 200 gramas a menos, ou seja 3275 gramas (KISERUD et al., 2017). Assim o Brasil, dentre outros países, está dentro do padrão de normalidade conforme prescreve a OMS.

Outro dado clínico do RN é quanto à estatura. Este estudo apontou que apenas houve diferença estatística entre a 10ª RS e a 17ª RS - 50 centímetros e 48 centímetros, respectivamente. Em comparação com estudo multicêntrico, desenvolvido por Villar et al. (2018), que padronizou dados referente a algumas medidas do RN, estimou-se que a média da estatura do nascimento é de 49,1 centímetros. Relevante salientar que a OMS recomenda que o crescimento humano seja monitorado em conformidade com os padrões internacionais.

Em relação à idade gestacional, não houve diferença estatística entre as Regionais, com média de 39 semanas na 9ª RS; 38,9 na 10ª RS e 40 semanas na 17ª RS. Em comparação com estudo que envolveu diversos países, o Egito e a Índia apresentaram, em média, a idade gestacional de 38 semanas, já a Argentina, o Brasil, a República Democrática do Congo, a França e a Alemanha 39 semanas, e a Dinamarca e a Noruega 40 semanas (KISERUD et al., 2017). Esses dados se complementam, demonstrando que a idade gestacional é observada em outros países, sejam estes desenvolvidos ou não.

De acordo com a SESA, para a RMP garantir qualidade da assistência à mãe e ao bebê é essencial, bem como no processo de gestação, no trabalho de parto, no nascimento e no puerpério (PARANÁ, 2018a). Aliado a isso, o combate à morbidade e à mortalidade neonatal requer o conhecimento correto da mãe acerca do cuidado com o recém-nascido para garantir práticas adequadas (AMOLO; IRIMU; NJAI, 2017). Nas três Regionais de Saúde, as puérperas apontaram que receberam ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê,

sendo um ponto positivo de humanização e acolhimento na assistência, sobretudo no que diz respeito ao empoderamento e segurança materna para cuidar do filho pequeno no domicílio.

Além disso, dentre os profissionais citados na entrevista, o principal foi enfermeira ou residente, uma prevalência do sexo feminino na enfermagem. Outro estudo em Portugal também apontou que o sexo feminino (87,3%) ainda é predominante (FREIRE et al., 2016). Isso demonstra, de acordo com Borges, Kurebayashi e Silva e Vieira (2014), que essa classe trabalhadora é composta predominantemente pelo gênero feminino tanto no âmbito nacional quanto internacional, visto que essa realidade é mantida ao longo do tempo.

Consoante Silva et al. (2015), em se tratando dos cuidados do RN após o nascimento, o banho é uma atividade delicada, isto é, a maior fragilidade dos cuidados orientados indicada pelas entrevistadas está relacionada ao banho do recém-nascido nos primeiros dias de vida. Assim, uma das atribuições dos profissionais de enfermagem, além de tal cuidado, é promover a educação em saúde, orientando e acompanhando os pais durante esse processo, garantindo também confiança e autonomia dos pais com o filho. Neste estudo, essa atividade foi auxiliada por outros profissionais, garantindo uma segurança e suporte aos pais.

No que tange ao cuidado com o cordão umbilical, a Newborn Care, da OMS, refere-se à necessidade de se implantar estratégias viáveis para a redução da mortalidade materna e infantil, assim como algumas medidas devem se basear em evidências. Dentre essas medidas, o cuidado com o cordão umbilical é uma prática de cuidados com o RN que exige conhecimento da mãe e apoio do profissional (OMS, 1996).

Sabe-se que o coto umbilical se constitui como uma porta de entrada para microrganismos, favorecendo a penetração de agentes patógenos no organismo do RN. Nesse sentido, priorizar ações que visem à educação em saúde dos pais para essa prática é garantir a prevenção de agravos à saúde do bebê, a exemplo das onfalites e suas complicações (LINHARES et al., 2017).

Neste estudo, foi apontada, pelas puérperas, a ajuda de profissionais para executar a limpeza do coto umbilical. Todavia, segundo Amolo, Irimu e Njai (2017), em um estudo realizado no Hospital da Quênia, demonstra que 99% das mães concordam que algo com sujidades colocado em contato com o coto pode causar infecção e que apenas 4 mães (1,1%) concorda que o cordão deve se deixado limpo e seco sem aplicar qualquer substância. Esse achado demonstra uma variação de condutas realizada no curativo do coto umbilical, sendo necessário mais estudo a respeito da temática.

Para o cuidado com a troca de fraldas e higiene, deve-se entender primeiramente que a pele do RN é sensível e demanda alguns cuidados basilares para evitar dermatites e alergias nesse período de vida. Para Fernandes, Machado e Oliveira (2011), a higiene da pele associada à troca das fraldas ainda gera dúvidas, pois as mulheres ainda têm dúvida em relação ao melhor produto e técnica. Sendo assim, configura-se como um assunto importante, pois a pele do neonato sofre um progressivo processo de adaptação ao ambiente extrauterino, o que exige cuidados especiais.

Neste estudo, ficou evidente o apoio profissional quanto o cuidado perineal nas três Regionais de Saúde, sendo este totalmente necessário para a prevenção de agravos à saúde do bebê. Portanto, a adequada higiene das mãos da pessoa que vai manipular o coto umbilical e a higiene perineal na troca de fraldas são medidas essenciais para a redução de infecções do coto umbilical e dermatites perineais (SBP, 2016). Para as eliminações vesical e intestinal diárias do bebê, nas três Regionais de Saúde foi apontada a ajuda de algum profissional, demonstrando a atuação qualificada nessa prática assistencial com o RN e sua mãe.

Referentemente à amamentação, o presente estudo fez abordagem de três questões, todas com resultados positivos, isto é, se as entrevistadas receberam orientação de algum profissional; se receberam orientações sobre as vantagens do AME; se foram orientadas quanto à pega correta e amamentação em livre demanda. Questões fundamentais para se atingir as estratégias do Ministério da Saúde.

Dentre as estratégias elencadas pelo Ministério da Saúde, destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991, com o objetivo de garantir a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame hospitalar precoce. Enfatiza-se que os hospitais que participaram deste estudo fazem parte do IHAC, demonstrando o alcance das metas propostas (BRASIL, 2017a).

O Ministério da Saúde recomenda que a amamentação deve ter início na primeira hora de vida do bebê. Essa prática está associada à menor mortalidade neonatal, o que aumenta o período de aleitamento, melhora o vínculo mãe-bebê e diminui o risco de hemorragia materna (BRASIL, 2017a). As diretrizes sobre o tema fundamentam-se em um alentado de pesquisas que esclarecem que o aleitamento materno está fortemente ligado à redução de morbidade e mortalidade materna e infantil, tanto no momento do nascimento como durante toda a vida (LAMOUNIER et al., 2019).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando toda a trajetória da RMP desde 2012, infere-se que houve grandes avanços relacionados à saúde materno-infantil, sobretudo, na redução dos índices de mortalidade dessa parcela da população. No entanto, ainda é preciso melhorar fatores que, de modo especial, os que envolvem os níveis de atenção em saúde ou segmento da assistência.

Ao se analisar a assistência ao recém-nascido, neste estudo, pôde-se observar que as três Regionais de Saúde do Paraná pesquisadas atuam na prática de cuidados ao RN, auxiliando a mãe nesse período, corroborando para a promoção em saúde no ambiente hospitalar. Diferentemente de destinar a este espaço apenas o tratamento e a cura da doença, há a preocupação de transformá-lo em um local de aprendizado e promovedor de hábitos saudáveis, a fim de se garantir a qualidade de vida ao binômio mãe- bebê após a alta.

Nas três Regionais de Saúde do Paraná, entre os aspectos analisados no instrumento de pesquisa, verificou-se o predomínio da raça branca entre as puérperas, escolaridade elevada e vivência partilhada com companheiro, revelando que esses indicadores não têm relação direta com os cuidados promovidos com o RN. Apesar disso, há o fortalecimento da visão sobre o acesso a serviços de saúde para a raça branca, assim como o apoio e a presença do companheiro são fundamentais para o vínculo familiar, da mesma forma que a escolaridade se apresenta como ponto positivo, pois o aprendizado pode ser facilitado durante todo o processo de cuidados.

De modo geral, no Brasil, assim como neste estudo, verificou-se que ainda há um elevado número de cesárias, demonstrando o pouco avanço nesse aspecto e a influência dos indicadores materno-infantis. Sobre as condições de nascimento do RN, o estudo foi realizado no AC, portanto os bebês não tinham fatores de risco associados. Todos nasceram a termo, com Índice de Apgar bom, peso acima dos 2.000 gramas e estatura média adequada, de acordo com parâmetros estabelecidos.

No quesito promoção à saúde na prática de cuidados ao RN, percebeu-se que a participação de profissionais para dar suporte à mulher nesse período é essencial, apontando a enfermagem como precursora dessa prática, diretamente ligada às perspectivas de cuidado em saúde e integrada a uma assistência pautada em planejamento que visa à qualidade e o bem-estar da mãe e do bebê. Além disso, os profissionais da enfermagem utilizam ferramentas para o cuidado em saúde, a exemplo da sistematização da assistência que pode

ajudar a consolidar fatores determinantes à implantação de ações que têm como objetivo a prevenção de complicações.

Outrossim, fomentar a participação de outros profissionais também é relevante, pois uma instituição de saúde é composta por uma equipe multiprofissional e a presença de todos é fundamental para a obtenção de uma visão global das necessidades da mãe e do bebê, garantindo o aprimoramento da prática assistencial com o desenvolvimento de habilidades e competências de todos os profissionais, promovendo, assim, o autocuidado eficiente da mãe com o bebê.

A assistência prestada nas unidades hospitalares das três RS deixou transparecer que os profissionais da saúde promovem todos os cuidados com o RN, auxiliando a mãe nesse momento de cuidado com o bebê. Dessa forma, demonstrar dados como os expostos neste estudo contribui para a assistência em saúde pautada em evidências, o que garante a continuidade na qualidade do atendimento à mãe e ao bebê no nível terciário de atenção em saúde.

Ademais, evidencia-se a importância da realização de novos estudos em Região de tríplice Fronteira em comparação com as demais localidades, apontando as diferenças relativas a dados socioeconômicos e clínicos em relação à saúde materno-infantil. Além disso, considerar as políticas públicas para as parturientes/usuárias do SUS como a RMP, no intuito de agregar melhorias ao sistema público.

Esta pesquisa ao visar a contribuição para as ações de promoção à saúde no ambiente hospitalar em relação aos cuidados com o RN, possibilitou a reflexão sobre o aprimoramento e a necessidade de formação continuada dos profissionais que prestam assistência aos usuários, tal como a mulher e o recém-nascido.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. M. et al. Evaluation of breastfeeding self-efficacy of puerperal women in shared rooming units. **Rev. Elsevier**, v. 4, n. 10, 2018.
Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2405844018307618?token=d97d86b1413589da55a018ec27d83f7e4bb55ce8c388d8a02432add06ce69056b542e2374cd28216b1838346f7dcf614>>. Acesso em: 09 jun. 2019.
- ALDOSSARY, A.; BARRIBALL, L.; WHILE, A. The perceived health promotion practice of nurses in Saudi Arabia. **Health Promot Int**, v. 28, p. 431-41, 2012.
- AMOLO, L.; IRIMU, G.; NJAI, D. Knowledge of postnatal mothers on essential newborn care practices at the Kenyatta National Hospital: a cross sectional study. **Pan African Medical Journal**, v. 28, n. 97, p. 1-7, 2017.
- ANDERSEN, S. L. Frequency and outcomes of maternal thyroid function abnormalities in early pregnancy. **Revista Escandinava de Investigação Clínica e Laboratorial**, v. 79, 2019. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00365513.2018.1555858?scroll=top&needAccess=true>>. Acesso em: 12 jun. 2019.
- ANDRADE, M. A. C; LIMA, J. B. M. C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Ministério da Saúde - Brasil. **Cadernos Humaniza SUS: humanização do parto e nascimento**. 4. ed. Brasília, 2014, p. 20-47.
- ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Rev. de Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEn, 2016. Disponível em: <<http://www.abenma.com.br>>. Acesso em: 14 maio 2019.
- BALSELLS, M. M. et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 247-254, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n3/1982-0194-ape-31-03-0247.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2019.
- BARROS, P. S.; AQUINO, E. C.; SOUZA, M. R. Fetal mortality and the challenges for women's health care in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, n. 12, 2019.
- BEKELE, A. The effects of maternal age and parity on birth weight of newborn among mothers with term and singleton delivery in Tikur Anbessa specialized university hospital, **Addis Ababa Ethiopia. Addis Ababa University College of Health Sciences School of Medicine Department of Anatomy**, 2018. Disponível em:

<<http://213.55.95.56/bitstream/handle/123456789/14443/Alehegn%20Bekele.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

BORGES, T. P.; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. Lombalgia ocupacional em trabalhadores de enfermagem: massagem versus dor. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 4, p. 669-675, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza do Parto: Humanização no Pré- Natal e Nascimento**. Brasília, 2002, p. 20-47. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. **PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mulher_dialogo_aberto_participativo.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 09 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Sobre o Brasil Carinhoso**, sob a Lei nº 12.722, de 3 de outubro de 2012, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<https://www.fnede.gov.br/programas/brasil-carinhoso/sobre-o-plano-ou-programa/sobre-o-brasil-carinhoso>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Cuidados Gerais**. Guia para os profissionais de saúde. v. 1. Brasília, DF, 2012b.

_____. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas Públicas para o Cumprimento das Metas do Milênio**. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 08 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet**: Nascidos vivos. Brasil, 2013b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.deff>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**: Humanização do parto e do nascimento. Brasília, DF, v. 4, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF, 2017a.

_____. Ministério da Saúde; Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados**. 2017b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0803>>. Acesso em: 09 set. 2018.

CALDEIRA, S., et al. Ações de Cuidado do Enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **Rev. Min. Enferm.**, v. 21e, n. 992, p. 1-9, 2017.

CARLO, W. A.; TRAVERS, C. P. Maternal and neonatal mortality: time to act. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 6, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000700543>. Acesso em: 05 jun. 2019.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

COSTA, N. S. et al. Cuidados com recém-nascido realizados por puérperas em um alojamento conjunto. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15740>>. Acesso em: 02 out. 2018.

DEMITI, J. M. G.; GASQUEZ, A. S. Rede Mãe Paranaense: Análise Comparativa da Mortalidade Materno Infantil entre Estado e Município. **Rev. Uningá Review**, Maringá, PR, v. 30, n.1, p. 06-10, 2017.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascido no Brasil (2011-2012). **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v. 25, n. 3, 2016a.

Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/561-572/pt>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

_____. Why do women in the private sector have shorter pregnancies in Brazil? Left shift of gestational age, caesarean section and inversion of the expected disparity. **J. Hum Growth Dev**, v. 26, n. 1, 2016b.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde. **Cienc. Enferm.**, Cuiabá, v. 19, n. 1, 2013.

DUDEJA, L. C. P.; SINGH, A.; JINDAL, A. K. Y. Health promotion initiatives: An experience of a well women's clinic. **Med. J. Armed Forces India**, n.1, p. 64-7, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3946414/pdf/main.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ELKAYAM, U. et al. High-Risk Cardiac Disease in Pregnancy. **Jornal do Colégio Americano de Cardiologia**, v. 68, n. 4, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109716333526>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

FAGUNDES, H. S. et al. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. **Rev. Katal**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 293-304, 2018.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **An. Bras. Dermatol.**, v. 86, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.

FERREIRA, J.H. P.; AMARAL, J. J. F.; LOPES, M. M. C. O. Equipe de enfermagem e promoção do cuidado humanizado em unidade neonatal. **Rev. Rene**, v. 17, n. 6, 2016.

FLURH, J. W. et al. Functional skin adaptation in infancy - almost complete but not fully complete. **Exp. Dermatol.**, v. 19, n. 6, 2010.

FREIRE, R. M. A. et al. Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02749.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

GOMES, A. L. M. et al. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. **Ver. Rene**, v. 16, n. 2, 2015.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010185.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n.1, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 16 jun. 2019.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estatísticas de Gênero: uma análise dos resultados do censo de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Foz do Iguaçu: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410830&idtema=130&search=parana|foz-do-iguacu>>. Acesso em: 25 maio 2018.

_____. **Brasil em síntese**. Paraná. Cascavel, 2018. IBGE, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>>. Acesso em: 25 maio 2019.

KASSARA, S. B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J. Pediatr**, v. 89, n. 3, 2013.

KISERUD, T. et al. The World Health Organization Fetal Growth Charts: A Multinational Longitudinal Study of Ultrasound Biometric Measurements and Estimated Fetal Weight. **PLoS medicine**, v. 14, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5261648/>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

LAMOUNIER, J. A. et al. Lamobaby Friendly Hospital Initiative: 25 years of experience in Brazil. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 37, n. 4, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019005011104&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 25 jun. 2019.

LEAL, L. A. et al. A Promoção da Saúde da Equipe de enfermagem no Âmbito Hospitalar. **Rev. Rene**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 762-72, 2015.

LEITE, V. C.; GASQUEZ, A. S.; BERTONCIM, K. R. I. Estratificação de Risco Em Gestantes no pré-natal. **Rev. Uningá**, Maringá, PR, v. 56, n. S2, 2019. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2160/1912>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

LEONOR, R. P. **Uso de manobras de reanimação neonatal e internação em unidade de cuidado intensivo entre recém-nascido de termo**: análise secundária dos dados do estudo Nascer no Brasil. 2017. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

LINHARES, E. F. et al. Influência Geracional Familiar no Banho do Recém-Nascido e Prevenção de Onfalites. **Rev. Enferm. UFPE** [on-line], Recife, v. 11 (Supl. 11), p. 4678-4686, nov. 2017.

LIU, X. et al. Prenatal care and child growth and schooling in four low- and medium-income countries. **Plos one**, v. 12, n. 2, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Ana%20Tamara/Downloads/pone.0171299.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MASCARELLO, K. C. et al. Complicações Puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 21, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2018.v21/e180010/pt/>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n7/2135-2145/#>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIGOTO, M. T. et al. Early neonatal mortality and risk factors: a case-control study in Paraná State. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 5, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Michelle_Migoto/publication/328129647_Early_neonatal_mortality_and_risk_factors_a_case-control_study_in_Parana_State/links/5bbcb7524585159e8d8f535f/Early-neonatal-mortality-and-risk-factors-a-case-control-study-in-Parana-State.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

MIRANDA-RIBEIRO, A. et al. Postergação ou antecipação? Uma análise do efeito tempo sobre a fecundidade Brasileira nas últimas décadas. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Foz do Iguaçu, PR, 2016. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Ana%20Tamara/Downloads/2500-7333-1-PB.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

MOORE, E. R. et al. Early Skin-to-skin contact for mothers and their Healthy Newborn Infants (Review). **Cochrane Pregnancy and Childbirth Group**. 2016. Disponível em:

<<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/pdf/abstract>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

MORAES FILHO, I. M. M. et al. A Eficácia da Implementação do Partograma na Assistência a Parturiente. **Rev Inic Cient e Ext**, v. 1, n. 3, 2018. Disponível em: <<https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/99/60>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

MUNIZ, E. B. et al. Análise do Boletim de Apgar em Dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos Registrados em um Hospital do Interior do Estado do Ceará. **Rev. Med. Saúde**, Brasília, DF, v. 5, n. 2, p. 182-91, 2016.

NDAMASON, L. M.; MARBOU, W. J.; KUETE, V. Urinary tract infections, bacterial resistance and immunological status: a cross sectional study in pregnant and non-pregnant women at Mbouda Ad-Lucem Hospital. **African health sciences**, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6531958/>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, v. 10, n. 1, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Technical working group on Essential newborn care. Essential Newborn Care: a report of Technical Working Group**, Geneva. World Health Organisation. 1996. Disponível em: <http://febrasgo.mccann.health/childbirth_experience_2018.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

_____. **Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**, 2018. Disponível em: <http://febrasgo.mccann.health/childbirth_experience_2018.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL - ONU BRASIL. **Documentos temáticos: objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/>>. Acesso em: 08 out 2018.

PAIVA, D. S. B. S. et al. Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico. **Electronic Journal Collection Health**, v. 11, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://acervocientifico.com.br/index.php/saude/article/view/136/88>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS). Centro de Epidemiologia (CEPI). Divisão de Informações Epidemiológicas (DVIEP). **Mortalidade Materna e Infantil no Paraná**. Curitiba, PR, 2018b.

PERUZZO, A. B.; MACHADO, D. O. Avaliação do risco de lesões de pele do recém-nascido na unidade de tratamento intensivo neonatal. In: COSTENARO, R. G. S.; CORREA, D. A. M.; ICHISATO, S. M. T. **Cuidados de enfermagem em neonatologia**. Porto Alegre: Moria, 2017.

PIEROTTO, A. A. S. Higiene do neonato prematuro, a termo e pós-termo. In: COSTENARO, R. G. S.; CORREA, D. A. M.; ICHISATO, S. M. T. **Cuidados de enfermagem em neonatologia**. Porto Alegre: Moria, 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTOS BRASIL - PNUD BR. **Transformando novo mundo: A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

QUEIROZ, L. G; GIOVANELLA, L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 182-188, 2011.

RAZAZ, N.; CNATTINGIUS, S.; JOSEPH, K. S. Association between Apgar scores of 7 to 9 and neonatal mortality and morbidity: population based cohort study of term infants in Sweden. **BMJ**, v. 365, n. 1656, 2019. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/365/bmj.11656.full.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

R. CORE TEAM 2018. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. R. Foundation for Statistical Computing, Vienna, Áustria, 2018. 2673 p. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

RICCI, S. C. **Enfermagem: materno, neonatal e saúde da Mulher**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

ROCHA, R. R. M. et al. Conhecimento e Perspectiva de Enfermeiros na Rede de Atenção Materna e Infantil do Paraná. **Rev. Cienc. Cuid. Saude**, v. 17, n. 1, 2018.

ROSEIRA, A. M. **Foz do Iguaçu: cidade rede sul-americana**. 2006. 171 f. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANTOS, C. P. et al. Percepção do Pai sobre os reflexos de sua presença desde a concepção ao pós-parto imediato para o casal e recém-nascido. **Rev. Jornada da Pós-Graduação**

e **Pesquisa**, v. 15, 2018. Disponível em: <<http://revista.urcamp.tche.br/index.php/rcjgpg/article/view/2836/1945>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

SARAIVA, J. P. et al. Associação entre fatores maternos e neonatais e o Apgar em recém-nascidos de risco habitual. **Rev. Rene**, v. 19, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://www.Periodicos.ufc.br/rene/article/view/31404/pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

SILVA, C. M. S. et al. Feelings experienced by postpartum women in achieving the first bath of the newborn in rooming. **O mundo da Saúde**, v. 39, n. 3, 2015.

SILVA, I. A. et al. Percepção das Puérperas acerca da Assistência de Enfermagem no Parto Humanizado. **Rev. Uningá**, v. 53, n. 2, p. 37-43, 2017.

SILVA, J. D. C. et al. Pré-natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. **Electronic Journal Collection Health**, v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://www.acervocientifico.com.br/index.php/saude/article/view/451/441>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

SILVA, M. E. L. **Condições de Risco ao Nascer Relacionadas aos Critérios de Near Miss Neonatal**: estudo de linkage entre o sinasc e o sim no estado de Sergipe. 2018. 43 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, 2018.

SILVA, R. M. M.; VIEIRA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev. Bras. Enferm**, v. 67, n. 5, p. 794-802, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0794.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

SILVA, S. K.; FERREIRA, P. R. A agenda social do mercosul e sua repercussão em termos de aprofundamento e alargamento do bloco. **Conpedi Law Review**, n. 15, 2016. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/22528588-A-agenda-social-do-mercosul-e-sua-repercussao-em-termos-de-aprofundamento-e-alargamento-do-bloco.html>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

SILVA, T. C. et al. Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Diretriz**: Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto. São Paulo, 2016.

SOUSA, D. M. O. et al. Caracterização das Gestantes de Alto Risco Atendidas em um Centro de Atendimento à Mulher e o Papel do Enfermeiro nesse Período. **Rev. Aten. Saúde**, v. 16, n. 56, 2018.

TAMEZ, R. **Enfermagem na UTI-Neonatal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

VILLAGELIN, D. et al. Management of Gestational Hypothyroidism: Results of a Brazilian Survey. **Arch Endocrinol Metab**, v. 60, n. 1, 2016.

VILLAR, J. et al. The satisfactory growth and development at 2 years of age of the INTERGROWTH-21st Fetal Growth Standards cohort support its appropriateness for constructing international standards. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 218, n. 2S, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5807090/>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Convido você para participar desta pesquisa intitulada “**Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto e puerpério e da criança**”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a Implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e com parecer favorável de 2017 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR.

Precisaremos encontrar você em três momentos para realizar entrevista: primeiro, na maternidade; segundo, visitando sua casa seis meses após o parto; terceiro, um ano e seis meses após o parto. Para as duas visitas, iremos ligar para você e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade. Iremos perguntar sobre como foi o seu pré-natal, parto, puerpério e seguimento do seu filho após alta da maternidade. Em momento algum, seu nome será divulgado; garantimos o sigilo e anonimato, visto que você será identificada com a letra M (mãe/usuária) e numerada pela ordem das entrevistas (1, 2, 3, etc).

Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento. Não será cobrado, nem pago qualquer valor ou honorário para você participar do estudo. Solicito sua autorização para que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações para melhorar a assistência às mulheres e crianças nos serviços de saúde na Rede Mãe Paranaense. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com a pesquisadora. Para maiores informações ou em caso de não querer mais participar do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43)3371-4000.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Pesquisador

Cidade:.....-PR,.....de.....de 2017.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Instrumento de coleta de dados

Aspectos Sociodemográficos																			
1. Idade:	anos																		
2. Raça/cor	(1)Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena																		
3. Situação Conjugal	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro																		
4. Número de filhos (c/atual)	(1) Um (2)Dois (3)Três (4) Quatro (5)Cinco (6)Seis (7).....																		
5. Escolaridade da Mãe	(1) Fundamental-compl. (2) Fundamental-incompl. (3) Médio compl. (4) Médio-incompl. (5) Superior-compl. (6) Superior-incompl. (7) Sem escolaridade																		
Aspectos Clínicos																			
1. Antecedentes clínicos	<table border="0"> <tr> <td>(1) Não tem antecedentes</td> <td>(10) Doença mental</td> </tr> <tr> <td>(2) hipertensão arterial</td> <td>(11) Artrite reumatóide</td> </tr> <tr> <td>(3) Cardiopatia</td> <td>(12) Distúrbios de coagulação</td> </tr> <tr> <td>(4) Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia</td> <td>(13) Sífilis</td> </tr> <tr> <td>(5) Diabetes Melitus</td> <td>(14) Trabalho de parto prematuro</td> </tr> <tr> <td>(6) Hipotireodismo</td> <td>(15) HIV</td> </tr> <tr> <td>(7) Hipertireodismo</td> <td>(16) Obesidade</td> </tr> <tr> <td>(8) Infecção do trato urinário</td> <td>(17) POT Cirurgia bariátrica</td> </tr> <tr> <td>(9) Lúpus eritematoso sistêmico</td> <td>(18) Outro</td> </tr> </table>	(1) Não tem antecedentes	(10) Doença mental	(2) hipertensão arterial	(11) Artrite reumatóide	(3) Cardiopatia	(12) Distúrbios de coagulação	(4) Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia	(13) Sífilis	(5) Diabetes Melitus	(14) Trabalho de parto prematuro	(6) Hipotireodismo	(15) HIV	(7) Hipertireodismo	(16) Obesidade	(8) Infecção do trato urinário	(17) POT Cirurgia bariátrica	(9) Lúpus eritematoso sistêmico	(18) Outro
(1) Não tem antecedentes	(10) Doença mental																		
(2) hipertensão arterial	(11) Artrite reumatóide																		
(3) Cardiopatia	(12) Distúrbios de coagulação																		
(4) Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia	(13) Sífilis																		
(5) Diabetes Melitus	(14) Trabalho de parto prematuro																		
(6) Hipotireodismo	(15) HIV																		
(7) Hipertireodismo	(16) Obesidade																		
(8) Infecção do trato urinário	(17) POT Cirurgia bariátrica																		
(9) Lúpus eritematoso sistêmico	(18) Outro																		
2. Realizou pré-natal?	(1) Sim (2) Não Por quê?.....																		
3. Local que realizou o pré-natal	(1) UBS (2)Ambulatório público especializado (3) Convênio/particular(não foi atendida pela Rede Mãe PR) (4)UBS e convênio/particular (5) UBS e ambulatório público especializado (6) Outro Qual?.....																		
4. Classificação risco gestacional no pré-natal	(1) Risco Habitual (2)Risco Intermediário Motivo:..... (3) Alto Risco Motivo:.....																		
5. Número de gestações anteriores	(1) Nenhuma gestação anterior (2) Uma (3) Duas (4) Três (5) Quatro (6).....																		
6. Aborto(s)	(1) Sim Qual - tipo?..... N° abortos:..... IG:..... Complicações:..... (2) Não																		
7. Assistência pré-natal (classificação adequação pré-natal)	Início do PN: () <14° semana () 14° a 27°sem. () > 27° sem. N° consultas: () 6 ou mais () 3 a 5 () 0 a 2																		
Características do Parto e Nascimento																			
1. Tipo de parto realizado	(1) Parto normal espontâneo (2) Cesárea (3) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator)																		
2. Intercorrências intraparto	(1) Sim (2) Não																		

3. Tipo de intercorrência intraparto (1) Distocia (2) Apresentação córmica (3) Prolapso de Cordão (4) Eclâmpsia (5) Uso de Sulf. Mg (6) DPP (7) Crise convulsiva (8) Outra.....
4. Índice Apgar 1º minuto (valor de 0 a 10)
5. Índice Apgar 5º minuto (valor de 0 a 10)
6. Peso do RN gramas
7. Estatura cm
8. Idade gestacional ao nascer semanas e dias
Aspectos Operacionais
1. Recebeu apoio e ajuda para executar os primeiros cuidados do bebê? (1) Sim (2) Não
2. Se SIM, por qual profissional (1) Médico ou médico residente (2) Médica ou médica residente (3) Enfermeira ou enfermeira residente (4) Enfermeiro ou enfermeiro residente (5) Outro
3. Recebeu apoio e ajuda para executar o banho do bebê? (1) Sim (2) Não Por quê?.....
4. Recebeu apoio e ajuda para executar o curativo no coto umbilical? (1) Sim (2) Não Por quê?.....
5. Recebeu apoio e ajuda para executar a higiene perineal e a troca de fraldas? (1) Sim (2) Não Por quê?.....
6. Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação vesical (diurese) diária do bebê? (1) Sim (2) Não Por quê?.....
7. Recebeu apoio e orientação sobre a eliminação intestinal (fezes) diária do bebê? (1) Sim (2) Não Por quê?.....
8. Recebeu apoio e orientação profissional para amamentar o bebê? (1) Sim (2) Não
9. Foi orientada sobre as vantagens do AME a você e ao bebê? (1) Sim Qual?..... (2) Não
10. Foi orientada quanto à pega correta, amamentação em livre demanda, e importância do AME? (1) Sim (2) Não

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA

Pesquisador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67574517.1.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.304

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários) tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde;



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serem Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Descrever a assistência no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança prestada nas Regionais de Saúde conforme os objetivos do Programa Rede Mãe Paranaense; Verificar a relação entre a organização da rede assistencial nas Regionais de Saúde e a adequação do cuidado no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança; Apreender a percepção da mulher sobre a assistência prestada nas Regionais de Saúde.

no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tendo em visto o fato de que uma das estratégias de coleta de dados será entrevista com gravação, pode haver constrangimento da participante do estudo. Da mesma forma, caso tenham ocorridos eventos negativos na vivência do ciclo gravídico puerperal em análise, falar sobre o mesmo pode gerar desconforto emocional. Os pesquisadores se comprometem a acolher e tomar as providências cabíveis para cada caso específico, de acordo com o item V da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Benefícios:

A partir dos resultados obtidos do presente estudo espera-se que estes possam subsidiar propostas de ações que visam cumprir os objetivos e princípios da Rede Mãe Paranaense e, por conseguinte, que gestores favoreçam a oferta de recursos adequados e suficientes (materiais, estrutura e humanos) aos profissionais que prestam assistência à mulher gestante, parturiente, puérpera e criança nos diferentes níveis de cuidado que atenda as expectativas dos usuários, um direito de todos. Também que, no âmbito do ensino e pesquisa, instigue novas investigações na temática em outras Regionais de Saúde do Paraná, bem como em outros estados brasileiros. Haverá benefício direto às participantes por meio de orientações em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a avaliação da implementação de políticas na área de saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),



Continuação do Parecer: 2.053.304

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727323.pdf	28/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	28/04/2017 07:08:37	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvf.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vfProjeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)