

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação do Fluxo de Crianças entre a Alta da Maternidade e o Atendimento na Unidade Básica de Saúde do SUS, no Município do Rio de Janeiro, 2007”

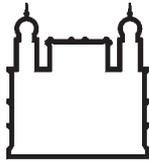
por

Isaura da Silva Sousa

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências, na área de Epidemiologia em Saúde Pública.

*Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Lázaro de Carvalho
Assistente da Orientadora: Prof. Cristiano Siqueira Boccolini*

Rio de Janeiro, maio de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Avaliação do Fluxo de Crianças entre a Alta da Maternidade e o Atendimento na Unidade Básica de Saúde do SUS, no Município do Rio de Janeiro, 2007”

apresentada por

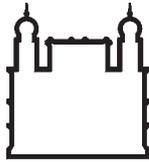
Isaura da Silva Sousa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

Prof. Dr. Luiz Antonio Bastos Camacho

Prof.^a Dr.^a Márcia Lázaro de Carvalho – Orientadora



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 05 de maio de 2010.

Isaura da Silva Sousa

CG/Ja

Às três mulheres da minha vida
e sem as quais não poderia ser o que sou hoje:
Marileide, minha mãe biológica (Em memória);
Iraci, minha avó, que me educou (Em memória);
e Izaurita, minha madrinha
que me adotou como filha.

Agradecimentos

À minha orientadora, Dr^a.Márcia Lázaro de Carvalho, pelo incentivo e por me fazer acreditar que esse sonho poderia ser concretizado. Agradeço a compreensão em todos os momentos e a maneira acolhedora com que me recebia sempre, reservando um espaço na sua agenda para os nossos encontros.

Ao Dr^o Luiz Antonio Bastos Camacho e a Dr^a Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes que durante a qualificação fizeram uma leitura atenta do projeto e contribuíram para evolução desta dissertação.

A Cristiano Siqueira Boccolini pelo auxílio nesta caminhada, sendo mais que assistente de orientação. Agradeço por disponibilizar tempo na agenda e um pouco de espaço no *e-mail* para os meus questionamentos.

À Dr^a Enirtes Prates Caetano Melo, que na graduação despertou-me o prazer de trabalhar com os números, inspirou-me a fazer o mestrado e hoje ainda inspira-me a continuar pesquisando e voar mais alto.

Aos amigos de diversas partes do Brasil e do mundo, todos reunidos na primeira turma do mestrado de Epidemiologia em Saúde Pública: Fernanda, Adriano, Cândida, Roberta, Kátia, Aline, Gerson, Felipe, Carolina, Neilane, Wanja, Michele, Henrique, Sergio, Isabel e Artur com quem, nesta caminhada, dividi muitas emoções e que estarão eternamente guardados em minha memória e em meu coração.

A todos os professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e de outras instituições que estiveram presentes nas disciplinas, seminários, sessões científicas e demais apresentações realizadas, enriquecendo e diversificando o aprendizado.

A todos os funcionários que permitem a realização das atividades desta instituição.

Aos colegas, amigos e companheiros de trabalho do Hospital Geral de Bonsucesso, do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro e do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo. Obrigada pelas trocas de plantão, pelos ajustes na escala e por toda a compreensão.

À minha família, aos meus amigos e ao meu namorado. Agradeço pelo apoio e compreensão nas horas em que estive ausente sem participar dos eventos sociais; pelas palavras amigas, de ânimo e motivação; por terem resistido ao mau humor, à falta de tempo e aos dias e horas na frente do computador.

A Deus, por todas as oportunidades ao longo da minha vida, pela força e saúde que me concedeu para lutar em mais esse desafio e pelos momentos que me carregou para superar os obstáculos.

Minha gratidão a todos.

Sousa IS. **Avaliação do fluxo de crianças entre a alta da maternidade e o atendimento na unidade básica de saúde do SUS, no Município do Rio de Janeiro, 2007.** Rio de Janeiro, 2010. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública.

RESUMO

Introdução: Organizar a referência da mulher e da criança no pós-parto possibilita a realização de ações básicas, preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), para serem realizadas nos primeiros sete dias após o parto. Com o intuito de criar uma rede interligada de cuidados, entre unidades básicas e hospitais, facilitando o acesso das mães e recém-nascidos aos serviços de saúde logo após o nascimento, o Município do Rio de Janeiro desenvolveu a estratégia “Acolhimento mãe-bebê”. **Objetivos:** Avaliar o fluxo das crianças entre a alta da maternidade e o atendimento na unidade básica de saúde. Identificar os fatores associados à sua ocorrência de maneira completa. **Metodologia:** Foram entrevistadas 1082 mães de crianças menores de seis meses atendidas, em 27 unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde que prestavam assistência pediátrica no Município do Rio de Janeiro em 2007. Foram excluídas cinco crianças em que não havia informação se tinham recebido ou não cartão de referência na maternidade. Considerou-se como variável desfecho a realização do acolhimento mãe-bebê. As análises foram realizadas incorporando ponderação e plano de amostragem no modelo de regressão hierarquizado. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da FIOCRUZ. **Resultados:** Tiveram acolhimento incompleto 59,2% das crianças. A chance de acolhimento incompleto foi maior entre mulheres: sem companheiro; sem trabalho remunerado; idade menor que 20 anos; com pré-natal intermediário e inadequado; que não fizeram pré-natal na mesma unidade em que a criança foi atendida; realizaram cesárea; crianças que nasceram em maternidades não credenciadas na Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Conclusão:** Essa estratégia de referência da criança no pós-parto para o acompanhamento na unidade básica pode contribuir com uma maior integração dos serviços. Mas, ainda é necessário um treinamento e comprometimento maior dos profissionais nas maternidades para realização do encaminhamento e nas unidades básicas para o atendimento das mães e das crianças.

Palavras-Chave: Avaliação em Saúde, Atenção a Saúde, Saúde da Criança, Desigualdade Social, Equidade no Acesso.

Sousa IS. Evaluation of the flow of children between the maternity hospital discharge and medical care in basic health care system, in Rio de Janeiro, 2007.

ABSTRACT

Introduction: To organize the reference of the post-partum woman and child in the post-partum period provides the implementation of basic actions, envisaged by the Ministry of Health to be performed in the first week after childbirth. In order to create an interconnected system of care, from basic units and hospitals, and facilitate the access of mothers and newborn health services soon after birth, the city of Rio de Janeiro has developed the strategy “mother-baby reception”. **Objectives:** To evaluate the flow of children from the maternity hospital discharge and medical care in primary care. To identify factors associated with their occurrence in full way. **Methods:** It was interviewed 1082 mothers of children under six months served on 27 basic health units of the National Health System that provided pediatric care to children under six months in Rio de Janeiro in 2007. Five children were excluded due to the missing information if the reference card at the hospital had received or not. It was considered as the outcome variable the realization of the mother-baby reception. The analysis were performed incorporating weighting and sampling plan in a hierarchical regression model. The study was approved by the FIOCRUZ ethical and research committee (IRB). **Results:** It had incomplete reception 59.2% of children. The chance of incomplete reception was higher among women: no partner, without paid work, age less than 20 years, with intermediate and inadequate prenatal, not received prenatal care in the same unit where the child has been met; performed cesarean section; children born in hospitals without Baby Friendly Initiative Hospital. **Conclusion:** This strategy of reference of the post-partum child to the follow up in the basic unit-can contribute to greater integration of services. But it still needs more training of professionals in maternity hospitals to perform the routing and in the basic units for the care, development of actions and bond establishment.

Key Words: Health Evaluation, Child Health, Health Care, Social Inequity, Equity in Access.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
1.1 Desigualdades sociais em saúde	p 11
1.2 Avaliação dos Serviços de Saúde	p 13
1.3 Acompanhamento da criança após o nascimento	p 15
a) Vacinação	p 18
b) Aleitamento Materno	p 19
c) Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento	p 20
d) Acolhimento	p 21
e) Triagem Neonatal	p 22
1.4 Modelo Teórico	p 23
2. JUSTIFICATIVA	p 26
3. OBJETIVOS	
3.1 Objetivo Geral	p 27
3.2 Objetivos Específicos	p 27
4. RESULTADOS	
4.1 ARTIGO	p 28
4.1.1 Resumo	p 28
4.1.2 Introdução	p 29
4.1.3 Métodos	p 31
a) Base de Dados	p 31
b) Tipo de Estudo e Amostra	p 31
c) Coleta de Dados	p 32
d) Critérios de Inclusão e Exclusão	p 32
e) Análise de Dados	p 33
f) Aspectos Éticos	p 34
4.1.4 Resultados	p 36
4.1.5 Discussão	p 46
Referências	p 51

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p 55
REFERÊNCIAS	p 56
ANEXOS	
Cartão Acolhimento	p 62
Roteiro de Atividades do Acolhimento Mãe-bebê	p 63
Questionário	p 64
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	p 75
Gráficos dos Resíduos	p 76

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1	Modelo Teórico adaptado da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.	p 25
Figura 1 (Artigo)	Fluxo dos atendimentos das crianças entre maternidade e unidade básica, através do Projeto “Acolhimento Mãe-bebê”.	p 37
Tabela 1 (Artigo)	Distribuição das ações de acolhimento mãe- bebê, em menores de seis meses atendidos pela primeira vez na mesma unidade básica em que a entrevista foi feita.	p 38
Tabela 2 (Artigo)	Fatores relacionados ao acolhimento mãe-bebê completo (AC), em unidades básicas de saúde do SUS, no município do Rio de Janeiro, RJ, 2007.	p 41
Figura 2 (Artigo)	Modelo teórico hierarquizado para avaliar os fatores relacionados com o acolhimento mãe-bebê em unidades básicas de saúde da Cidade do Rio de Janeiro/RJ.	p 43
Tabela 3 (Artigo)	Modelo hierarquizado dos fatores relacionados ao acolhimento mãe-bebê incompleto em unidades básicas de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro, RJ, 2007.	p45

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Acolhimento mãe-bebê completo
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BCG	Vacina contra tuberculose
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DT	Vacina dupla adulta contra difteria e tétano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Razão de Chance
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Programa Nacional de Imunização
PAM	Posto de Assistência Médica
PACS	Programas de Agentes Comunitário de Saúde
PSF	Postos de Saúde da Família
RN	Recém Nascido
RP	Razão de Prevalência
SUS	Sistema único de Saúde
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SES	Secretária Estadual de Saúde
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
UACPS	Unidades de Atenção de Cuidados Primários à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

1- INTRODUÇÃO

1.1 – Desigualdades sociais em saúde

A Constituição, de 1988, reconhece a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado e estabelece as bases do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. A lei 8.080/90 regulamenta as ações e serviços de saúde, assegurando que a assistência deve ser universal (acesso a todos os níveis de assistência), igualitária (sem preconceitos ou privilégios) e integral (incluindo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação)².

Além desses princípios, é conveniente que os serviços de saúde estejam disponíveis em número suficiente, estrategicamente localizados e acessíveis à clientela que realmente deles necessita, da mesma maneira que serviços de educação, transporte e saneamento³.

No entanto, não basta distribuir os serviços em posições estratégicas e supor que o acesso e o uso dos serviços pela população estarão assegurados, nem imaginar que mudanças implantadas nos serviços e sistemas de saúde possam, por si sós, alterar as condições de saúde da sociedade.

Existem relações socioeconômicas, culturais e ambientais que geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais, por sua vez, provocam variações nas chances de uma vida mais sadia, de prolongar a sobrevivência, e mesmo ao acesso e a utilização de serviços⁴.

Em estudo ecológico no Rio de Janeiro, encontraram um estreito vínculo entre piores condições de saúde e concentração residencial de pobreza. Foi constatado que nas áreas com maior concentração de comunidades carentes ocorrem os maiores coeficientes de mortalidade, infantil e geral, níveis mais baixos de expectativa de vida e as mais elevadas taxas de violência⁵.

Comparando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos 1998 e 2003, que utilizou renda domiciliar per *capita* como medida

de desigualdade, verificou-se que os indivíduos nos estratos mais baixos de renda apresentam piores condições de saúde e uso de serviços tanto entre os adultos (20-64 anos) quanto idosos (maiores de 65 anos), e que a força das associações entre renda domiciliar *per capita*, condições e uso de serviços de saúde não se modificaram após cinco anos⁶.

Em estudo transversal envolvendo crianças, das áreas rural e urbana de dez municípios da Bahia, observou-se que as crianças do tercil intermediário das condições de vida e aquelas do tercil mais pobre têm chances significantes e crescentes de viverem na área rural, em domicílio chefiado pela mulher, ter o pai desempregado, a mãe com baixa escolaridade, de dormir com mais de uma pessoa na mesma cama, ter déficit linear moderado/ grave avaliado pelo indicador altura/idade e consumir retinol abaixo da mediana do grupo⁷.

Ao analisar as desigualdades da proporção do baixo peso dos recém-nascidos no Brasil, em 2005, foram encontrados percentuais mais elevados nas áreas de maior desenvolvimento sócioeconômico. Esses resultados paradoxais foram explicados, principalmente, pela menor sobrevivência e registro inadequado dos prematuros nos municípios mais pobres. Levando-se em conta os nascidos vivos a termo, em gestação não-múltipla, foram encontradas desigualdades por grau de escolaridade da mãe⁸.

Em amostra de puérperas que demandaram atenção hospitalar ao parto, no período de 1999 a 2001, observou-se que entre as mulheres pretas e pardas foram maiores as proporções de adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro. Sofrer agressão física, fumar, tentar interromper a gravidez e peregrinar em busca de atenção médica foram mais frequentes nas negras, seguidas das pardas e das brancas com baixa escolaridade⁹.

Em estudo realizado com mulheres de 15 a 49 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, evidenciou-se que mulheres negras e pardas apresentaram menor escolaridade, menor renda familiar, e piores condições de moradia do que as mulheres brancas. Ao mesmo tempo, usavam menos métodos contraceptivos, tinham mais filhos e apresentavam maior perda fetal do que as mulheres brancas. Era maior, também, a quantidade de mulheres negras separadas, divorciadas ou viúvas¹⁰.

Para promover a equidade nas condições de saúde são necessárias ações intersetoriais e interdisciplinares capazes de modificar as condições de moradia, educação, trabalho, pobreza, exclusão social, e criar mais redes sociais e de informação¹¹. Como essas mudanças estruturais demandam tempo, é preciso realizar o

monitoramento dos serviços de saúde para avaliar a qualidade dos cuidados prestados à população e se os mesmos estão realmente atingindo os segmentos mais vulneráveis conforme suas necessidades.

1.2 - Avaliação dos Serviços de Saúde

Segundo Vieira-da-Silva (2005), as principais características da avaliação são as diversidades conceituais, terminológicas, metodológicas e multiplicidade de questões consideradas como pertinentes. Cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem para definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões¹².

Existem muitos critérios que podem ser utilizados para a avaliação da qualidade de serviços de saúde: oferta, acesso, acessibilidade, uso, eficácia, efetividade, eficiência, impacto, equidade, adequação, aceitação, qualidade técnico - científica, satisfação do usuário entre outros¹². A qualidade não pode ser totalmente explicada apenas por um critério, mas a utilização destes, de forma isolada ou combinada, pode ser útil para produzir informações tanto para melhorias como para o julgamento das intervenções em saúde.

A proposta de abordagem mais utilizada para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde foi sistematizada por Donabedian, na década de 1960, e conhecida pela tríade: estrutura, processo e resultados. A estrutura diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais utilizados na assistência à saúde; o processo a tudo aquilo que é utilizado pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados e estes estão relacionados com o produto das ações (consultas, exames, visitas) e com a modificação no estado de saúde dos indivíduos e da população¹³.

Para Hartz, uma intervenção qualquer pode sofrer dois tipos de avaliação: comparando uma intervenção com os recursos empregados em sua organização (estrutura), os serviços, os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, utilizando critérios e normas para fazer um julgamento e auxiliar na tomada de decisão (avaliação normativa); ou a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) em que se leva em consideração o contexto em que a intervenção se situa¹⁴.

A pesquisadora Travassos ao analisar o padrão das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde em 2003, comparando com o padrão existente em 1998, utilizou os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e observou que, no Brasil, as desigualdades sociais no acesso a esses serviços permaneceram presentes no período estudado tanto para as crianças como para os adultos. De modo geral, verificou-se que a renda influenciou mais no acesso do que a escolaridade. A autora ressalta que a diminuição do efeito da escolaridade sobre a utilização de serviços, observada em quase todas as regiões, pode estar associada ao aumento do nível de escolaridade da população. Notou-se que o local de residência afeta o acesso, que melhora com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região. Os residentes nas regiões Sul e Sudeste tiveram maior acesso que os residentes nas outras regiões¹⁵.

Ao avaliar a qualidade técnico-científica do cuidado, a acessibilidade aos serviços de saúde e o grau de implantação das ações de controle da diarreia, em um município selecionado do Estado da Bahia, foram constatadas barreiras organizacionais relacionadas ao elevado tempo de espera para atendimento nas unidades de atenção primária, barreiras geográficas relacionadas a distância entre o serviço e o local de moradia dos usuários e barreiras financeiras decorrentes da escassez de recursos financeiros para o transporte. A qualidade do cuidado foi considerada inadequada e as ações de controle da diarreia foram classificadas como insuficientes em praticamente todas as dimensões analisadas¹⁶.

Em um estudo no Estado de Pernambuco, ao serem analisadas as ações de acompanhamento e crescimento em menores de um ano, segundo indicadores de estrutura e processo, verificou-se que as ações não estavam efetivamente implantadas, que a atenção à criança sob risco nutricional foi pouco considerada e que a orientação dada às mães foi bastante deficitária¹⁷.

Um estudo com amostra representativa de mães com partos hospitalares na cidade do Rio de Janeiro analisou o cumprimento do passo IV da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: “iniciar a amamentação na primeira hora de vida”. O estudo revelou diferenças no tempo entre o nascimento e a primeira mamada de recém-nascidos em partos normais (quatro horas) e cesarianos (dez horas). O pior desempenho para início do aleitamento ocorreu nas maternidades particulares e conveniadas ao SUS, que concentram a maior proporção dos partos cesáreos¹⁸.

O autor Contandriopoulos relata que apesar de todos os esforços mobilizados no sentido de institucionalizar a avaliação, apesar do aumento considerável no número de avaliações feitas a cada ano, a crise do sistema de saúde está aumentando. Segundo o autor, isso ocorre porque os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as instâncias decisórias na melhora do desempenho do SUS¹⁹.

1.3 Acompanhamento da criança após o nascimento: “Primeira Semana Saúde Integral”

Os determinantes da utilização de um serviço de saúde podem ser descritos em termos de: necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência), usuários (características demográficas, geográficas, culturais, econômicas e psíquicas), prestadores de serviços (tempo de graduação, especialidade, tipo de prática), organização (recursos disponíveis, oferta, acesso geográfico e social), e política (tipo de sistema de saúde, financiamento, distribuição de recursos)²⁰. Estes determinantes correlacionados influenciam a utilização de serviços de saúde pelos indivíduos em todas as fases da vida, inclusive na infância.

A decisão da mãe em procurar uma unidade de saúde é de grande importância no primeiro contato das crianças com os serviços, além de ser necessária uma rede de referência, após a alta da maternidade, o que pode facilitar o início à assistência imediata da criança em uma unidade básica.

Existem ações, na unidade básica de saúde, para o acompanhamento da criança na primeira semana de vida e que não podem deixar de ser realizadas. As seguintes ações foram definidas pelo Ministério da Saúde e estão descritas na Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil ²¹, para serem realizadas nos primeiros sete dias de vida, a chamada “Primeira Semana Saúde Integral”:

- Verificação do cartão da criança/condições de alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido;

- Avaliação geral da criança;
- Identificação de criança que apresenta risco ao nascer;
 - i. residente em área de risco;
 - ii. baixo peso ao nascer (< 2.500 g);
 - iii. prematuros (< 37 semanas de idade gestacional);
 - iv. asfixia grave (Índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida);
 - v. crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido;
 - vi. orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido;
 - vii. recém-nascido de mãe adolescente (menor de 18 anos);
 - viii. recém-nascido de mãe com baixa instrução (menos de oito anos de estudo);
 - ix. história de morte de crianças menor de cinco anos na família.
- Avaliação da saúde da puérpera;
- Avaliação e identificação da alimentação; avaliação e orientação para o aleitamento materno – ressaltando a importância do mesmo por dois anos, sendo exclusivo nos primeiros seis meses;
- Observação e avaliação da mamada no peito para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola;
- Avaliação da mama puerperal e orientação quanto à prevenção das patologias, enfocando a importância da ordenha manual do leite excedente e a doação a um Banco de Leite Humano;
- Teste do pezinho;
- Aplicação das vacinas (BCG e contra hepatite B para o recém-nascido, dupla adulto/DT e tríplice viral para a mãe, se necessário);
- Se a criança apresenta bom estado geral, encontra-se em aleitamento materno e sem queixas, orientar sobre cuidados com o recém-nascido e agendar a consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para quinze dias posteriores ao parto;
- Orientar a puérpera sobre cuidados após o parto, higiene, alimentação e marcar consulta de puerpério e planejamento familiar para um mês após o parto, se a mãe está em bom estado geral e sem queixas.

As crianças de risco devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, ou seja: captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança, além da avaliação de assistência especial com retornos mais frequentes e outros cuidados de que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais.

A Secretária Municipal de Saúde (SMS) do Município do Rio de Janeiro vem desenvolvendo, desde setembro de 2003, a estratégia de *Acolhimento mãe-bebê*²². Com o intuito de criar uma rede interligada de cuidados, entre unidades básicas e hospitais, e facilitar o acesso das mães aos serviços de saúde com os recém nascidos logo após o nascimento.

Essa estratégia foi implantada em parceria com o Programa de Saúde da Mulher nos mesmos moldes das ações “Primeira Semana Saúde Integral”, com o objetivo de estabelecer uma referência para uma recepção humanizada, após alta da maternidade, do binômio mãe-bebê na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência realizando as ações preconizadas para a primeira semana de vida do bebê e, no caso da mulher, as ações referentes à primeira semana após o parto, além de possibilitar o estabelecimento precoce do vínculo da família com essa Unidade de Saúde. Este procedimento é feito pelo cartão de referência contendo informações sobre o bebê (Anexo), que deve ser entregue na maternidade e apresentado na unidade onde o atendimento será realizado.

São participantes dessa estratégia no Município 86 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, 40 Módulos do Programa de Saúde da Família, 20 maternidades e uma casa de parto, assim distribuídos:

- Oito maternidades da SMS: Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth, Hospital Municipal Miguel Couto, Hospital Municipal Paulino Werneck, Hospital Maternidade Carmela Dutra, Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, Hospital Maternidade Alexander Fleming e Hospital Maternidade Herculano Pinheiro;
- Três maternidades da SES: Hospital Estadual Albert Schweitzer, Hospital Estadual Rocha Faria e Hospital Estadual Pedro II;
- Quatro maternidades federais: Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Geral do Andaraí, Hospital Servidores do Estado, Instituto Fernandes Figueira;

- Três maternidades de hospitais universitários: Maternidade Escola/UFRJ; Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ; Hospital Universitário Gaffrée Guinle/UNIRIO;
- Duas maternidades Conveniadas SUS: Pró-Matre e Santa Casa de Misericórdia;
- Uma casa de parto: Casa de Parto David Capistrano.

Existem diferenças entre os critérios utilizados pelo MS e pela SMS para caracterização das crianças de risco ao nascer. A SMS apresenta oito situações de risco descritas no roteiro de atividade do acolhimento mãe-bebê (Anexo): Idade materna menor de 20 anos; mãe com nenhum grau de instrução; idade gestacional < 37 ou >42 semanas; Índice de Apgar no quinto minuto menor que seis; peso ao nascer <2500g; sífilis congênita; tipo de parto fórceps; nenhuma consulta pré-natal. As diferenças encontradas estão: no ponto de corte para a idade da mãe, a escolaridade e a idade gestacional. Alguns critérios foram acrescentados e outros não estão descritos no roteiro da SMS.

A importância de criar uma rede de referência da criança após a alta da maternidade para o atendimento na unidade básica e o estabelecimento de vínculo precoce é evidenciada nas duas propostas, cuja vantagem é a orientação da mãe, quanto à necessidade de continuar o cuidado à criança para aumentar a possibilidade de pleno crescimento e desenvolvimento da mesma.

As ações preconizadas para acompanhamento da criança após o nascimento podem prevenir e identificar precocemente agravos à saúde, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e promoção da saúde integral da criança. É fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes da importância da realização dessas ações e do estabelecimento do vínculo da mãe/família com a unidade.

a) Vacinação:

O Programa Nacional de Imunização (PNI)²³, foi instituído em 1973. Sabe-se que é sensível, hoje, a melhora nas coberturas vacinais da população menor de cinco anos, principalmente a partir de estratégias específicas, como a realização de campanhas nacionais de multivacinação. Mas, para o aperfeiçoamento do Programa, ainda é

necessária a cooperação técnica, a supervisão, o monitoramento e a avaliação das atividades em âmbito federal, estadual e municipal.

Os inquéritos de cobertura vacinal, realizados em 1998 e 2002 no município de São Paulo, além de mensurarem um ligeiro aumento da cobertura vacinal no período, possibilitaram avaliar que as desigualdades em função de estratos socioeconômicos se modificaram sensivelmente. Em 1998, os estratos mais rico e mais pobre apresentavam as coberturas mais baixas. Em 2002, diferentemente, houve uma clara tendência de aumento da cobertura conforme a piora do estrato socioeconômico²⁴.

Ao analisar a relação da resposta imune à vacina contra hepatite, com a idade gestacional e o peso de nascimento, verificou-se que o peso foi o parâmetro que mais influenciou a taxa de soroproteção, especialmente na determinação sorológica aos 6 meses. Os recém-nascidos pré-termo apresentaram resposta imunológica semelhante aos recém-nascidos a termo e, portanto, podendo iniciar o esquema vacinal logo após o nascimento, seguindo o esquema aplicado aos recém-nascidos a termo²⁵.

Ao analisar características individuais e familiares das crianças e dos serviços de saúde, com as relações com a situação vacinal para diferentes tipos de vacinas e doses, observou-se associação significativa entre a ocorrência de vacinação em atraso e a falta de informações prestadas na sala de vacina, tais como tipo de vacina e reações adversas ou agendamento da próxima dose. Embora essa falha de comunicação possa ser atribuída ao próprio acompanhante da criança (distração ou esquecimento), denota a precariedade do processo, a relevância das práticas educativas e destaca o papel dos profissionais de enfermagem no sucesso da vacinação como medida de controle de doenças transmissíveis²⁶.

b) Aleitamento Materno:

As ações de promoção, proteção e apoio ilimitado à mulher para o aleitamento devem ser realizadas no pré-natal, parto e puerpério. No decorrer dos anos tem-se constituído tema fundamental para a saúde da criança. A amamentação, quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta²¹.

Em estudo realizado para analisar a tendência temporal da prática de aleitamento materno (AM) e de aleitamento materno exclusivo (AME), na cidade do Rio de Janeiro, verificou-se que o AM e o AME aumentaram entre 1996 e 2006 independentemente da faixa etária da criança e das características sócio-demográficas maternas. Mas, não foram totalmente superadas diferenças observadas entre mulheres com menor escolaridade e mulheres que trabalham²⁷.

Em São Paulo, SP, de 2005 a 2006 detectou-se que lactentes amamentados exclusivamente com leite materno até seis meses são significativamente protegidos contra infecções por pneumococos, independentemente da vacinação pneumocócica²⁸.

Em Joinville, Santa Catarina, foram encontradas, em 2005, prevalências de amamentação de 90,7%, 84,2% e 73,5% nos lactentes com idade inferior a quatro, seis e doze meses, respectivamente. O índice de aleitamento materno exclusivo foi de 53,9% em menores de quatro e de 43,6% em menores de seis meses. O uso de chupeta esteve significativamente associado à amamentação não exclusiva nas crianças com menos de quatro ou seis meses de idade ($p < 0,001$) e o trabalho materno, entre aquelas com até seis meses ($p = 0,001$)²⁹.

Em Cuiabá, Mato Grosso, a prevalência do aleitamento materno exclusivo, entre 1999 e 2004, nas crianças menores de 120 dias, passou de 17,7% para 28,5%. As ações realizadas para promoção do aleitamento materno foram efetivas, porém insuficientes para a grave situação desta região, ainda sendo necessário aperfeiçoamento dos programas existentes³⁰.

c) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

Toda criança deve receber o “Cartão da Criança”, de preferência ainda na maternidade. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (zero a seis anos), que envolve o registro, no Cartão da Criança, de avaliação do peso, da altura, do desenvolvimento, da vacinação e das intercorrências, do estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todos os atendimentos²¹.

Em estudo realizado em Pernambuco, em 120 unidades analisadas, 15,8% não dispunham de balança e 75,4% não possuíam as normas de acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento. Das 816 crianças, 53,1% foram pesadas e apenas em 21% foram feitas medidas de comprimento¹⁷.

Em um estudo com usuárias de duas Unidades Básicas de Saúde de Franca-SP, identificou-se que as ações básicas da saúde da criança vêm sendo desenvolvidas, mas não de forma integrada, ou seja, acontecem em momentos diferentes, com orientações truncadas, somente diante da queixa apresentada, comprometendo a visualização da criança como um ser humano em desenvolvimento³¹.

Em uma amostra transversal com 2319 crianças menores de um ano, em Feira de Santana, Bahia, em 2001, observou-se que das mães entrevistadas, 95,5% portavam Cartão da Criança, às curvas de crescimento e de desenvolvimento não foram preenchidas em 39,6% e 77,9% dos cartões, respectivamente. Filhos de mães que não trabalham fora do lar e/ou com renda mensal menor que dois salários mínimos apresentaram chance significativamente maior de ter o peso anotado no Cartão da Criança. Mulheres primíparas e com escolaridade maior que o ensino básico fundamental tiveram maior probabilidade de anotação da curva de desenvolvimento³².

d) Acolhimento

Toda criança conduzida ao serviço de saúde deve ser recebida com uma escuta qualificada. Os profissionais de saúde devem adotar uma postura acolhedora na recepção e atendimento dos usuários – durante todo o expediente – evitando incorrer no erro comum de burocratização dessa prática, que deve acontecer como fluxo contínuo. A consulta médica não deve ser a única proposta de abordagem da criança e toda a equipe deve participar da assistência e resolução do problema do usuário, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção²¹.

O acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários. A postura receptiva solidariza-se com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, abrindo perspectivas de escuta e a conversa com o usuário como importantes instrumentos de trabalho^{33, 34}.

Um estudo qualitativo identificou que a ação educativa realizada pela enfermeira durante a consulta do pré-natal caracteriza-se como uma ação rotineira, pouco participativa, com predominância informativa apesar da existência do bom propósito de

educar, e questões relacionadas ao modelo assistencial, estrutural e organizacional da instituição emergiram como obstáculos para a realização da educação em saúde. A pesquisa aponta para a reorientação do serviço de enfermagem na atenção à gestante, a criação de um ambiente físico adequado para o atendimento da consulta de enfermagem e a participação da gestante em grupos³⁵.

e) **Triagem Neonatal**

O exame de triagem neonatal, popularmente conhecido como *teste do pezinho*, tem o objetivo de detectar precocemente doenças que, se adequadamente tratadas, evitam sequelas graves permanentes, como doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, e fibrose cística são pesquisadas. Deve ser realizado preferencialmente entre o terceiro e o sétimo dia após o nascimento, sendo fundamental que o recém-nascido já tenha recebido 48 horas de amamentação³⁶.

Ao avaliar o perfil do Programa de Triagem Neonatal baiano, em 2003, constatou-se a implantação do programa em 94,5% dos municípios. A média mensal de testados foi de 13.991 (72,51% dos recém-nascidos registrados). Na coleta, 63,9% das crianças tinham idade entre oito dias e um mês, 14,5% com até sete dias e 21,6% com mais de um mês, esses resultados evidenciam que existem dificuldades quanto a cobertura preconizada, a faixa etária ideal para realização da coleta, ao tempo entre a coleta e a chegada das amostras ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal, ao tempo de entrega dos resultados à família e ao tempo de reconvocação dos casos positivos³⁷.

Um estudo realizado junto ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal, no estado do Paraná, identificou que os maiores índices de erros estão no sangue insuficiente e envelhecido, indicando dificuldades na execução da técnica de coleta, que podem estar relacionadas à falta de conhecimento técnico-científico e desvalorização do exame, às trocas de profissionais treinados por outros não qualificados e à demora significativa no envio das amostras de sangue ao laboratório, realçando a falta conhecimento quanto à importância do exame³⁸.

Entrevistas com 50 mulheres que compareceram a um Centro Municipal de Saúde, no município do Rio de Janeiro, revelaram que 80% possuíam conhecimento superficial sobre o *teste do pezinho*, desconhecimento sobre a finalidade do exame e

sobre a idade adequada do bebê para a realização do teste. Os depoimentos revelaram certa passividade das mulheres às informações transmitidas pelos profissionais de saúde, limitando sua participação ativa no cuidado aos filhos³⁹.

1.4 - Modelo Teórico

A Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade foi analisada dentro de um modelo lógico. O modelo lógico é uma representação simplificada da sequência das ações e das relações entre os recursos aplicados, as atividades desenvolvidas e os benefícios atribuíveis. Sumarizando o conjunto de ações que compõem o programa, é possível apreender com maior clareza suas vantagens e limitações⁴⁰.

Na elaboração de um modelo, deve estar explicitado o problema, a população-alvo, o contexto e os componentes essenciais do programa para produzir de forma isolada ou integrada os efeitos desejáveis. O programa deve ser tratado em sua totalidade e na particularidade de seus componentes (subprogramas), nunca tendo apenas um efeito desejado, mas uma série de efeitos hierarquicamente articulados⁴¹.

Na diagramação do modelo, pode ainda aparecer a infra-estrutura necessária à operacionalização do programa. Geralmente, estão incluídos os insumos (*inputs*), as atividades, os produtos (*outputs*) e os efeitos de curto, médio e longo prazo (*outcomes*).

Foi possível, através deste modelo lógico (Figura 1), compreender melhor como as ações da Agenda foram elaboradas, seus objetivos e os fatores externos que podem interferir no alcance dos objetivos e como as ações podem ser utilizadas por gestores municipais e estaduais para guiar a realização das atividades.

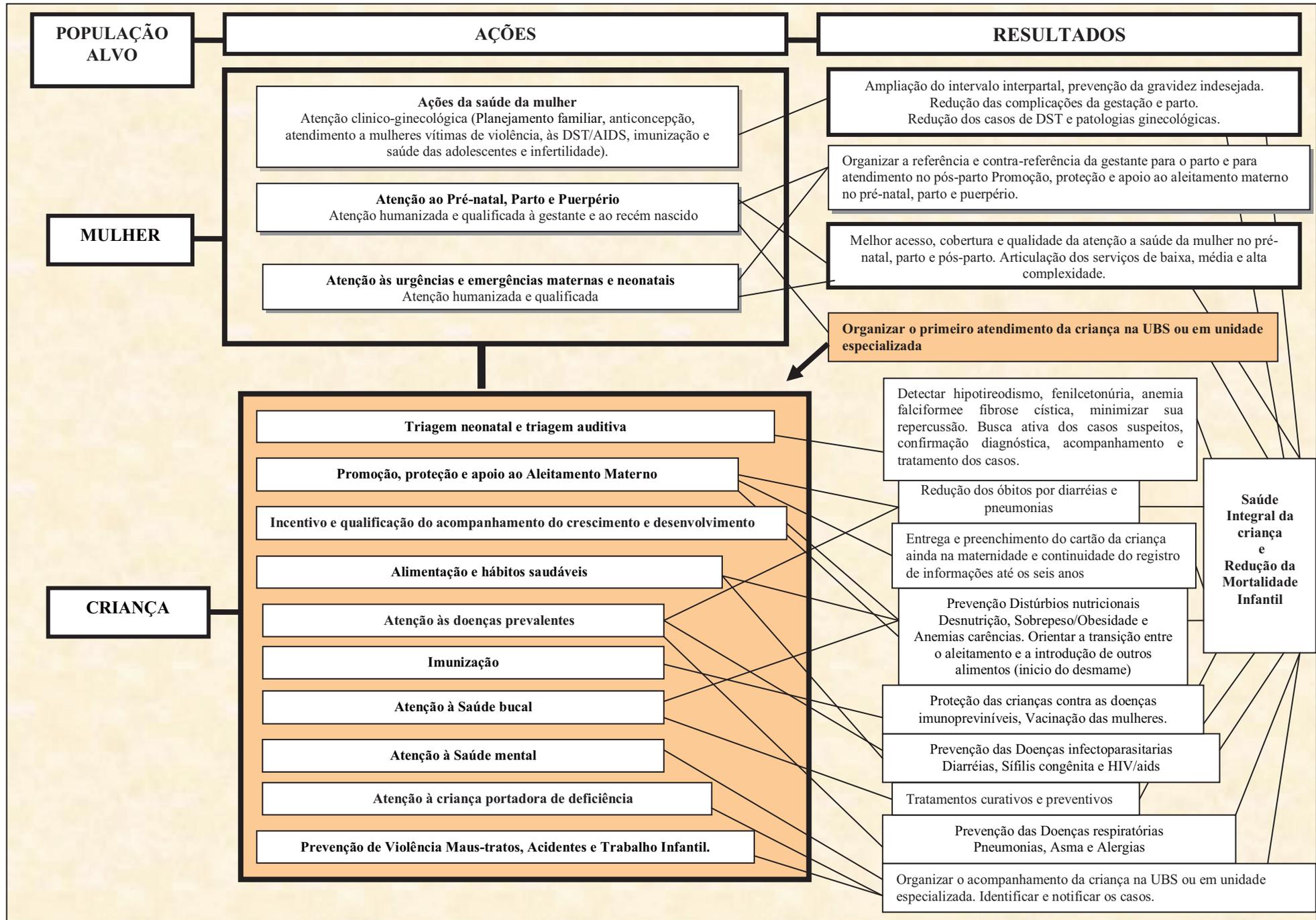
Neste modelo, existem duas populações alvo: a mulher e a criança. Várias ações foram identificadas na Agenda para alcançar a saúde integral da criança e a diminuição da mortalidade infantil. As ações foram descritas separadamente, mas são interligadas. Por isso, necessitam de uma rede de serviços articulada entre os diferentes níveis de atenção, não podendo haver distanciamento entre atenção básica e hospitalar. Essa articulação dos serviços exige a participação dos gestores para que possam discutir e desenvolver formas de alcançar os objetivos definidos na Agenda.

É necessário, ainda, o treinamento dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento da mulher e da criança para que todos possam estar capacitados a atendê-los plenamente e utilizar todos os encontros com a finalidade de identificar problemas, criar vínculo e perceber a importância desse binômio dentro do contexto da família e da sociedade.

Organizar o primeiro atendimento da criança em uma UBS ou em uma unidade especializada representa neste modelo lógico um dos resultados esperados da organização da Atenção à Mulher e um ponto de ligação com a realização das ações de Atenção à Criança.

No Rio de Janeiro, esse resultado foi contemplado com a criação da estratégia *Acolhimento Mãe-Bebê*, desenvolvida nos moldes da “Primeira Semana Saúde Integral” que faz parte da Agenda, tendo como principal objetivo organizar o atendimento da criança na unidade básica, para que ela possa ser atendida após a alta da maternidade na primeira semana de vida e, sejam realizadas as ações indicadas para esta fase da vida.

Figura 1- Modelo Teórico da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, adaptado de Hartz, 2005.



2 -JUSTIFICATIVA

As desigualdades sociais podem estar presentes em todas as fases da vida, inclusive na infância. Acredita-se, que apesar do tipo de prestador do serviço ser o mesmo (SUS), há diferenças no fluxo de atendimentos entre crianças com características socioeconômicas distintas. Estas diferenças refletem iniquidades entendidas como condições injustas decorrentes da posição social que o indivíduo ocupa em consequência de oportunidades diferenciadas de educação, informação, renda e moradia.

É importante avaliar como se dá o fluxo das crianças entre a alta da maternidade e o primeiro atendimento na unidade básica e conhecer os fatores associados com a ocorrência desse fluxo. As informações dessa avaliação podem contribuir para uma melhor organização dessa estratégia de acolhimento e serem divulgadas não só nos meios acadêmicos, mas estarem disponíveis de maneira clara e objetiva aos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento das crianças nas unidades.

3 - OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a adequação do fluxo das crianças entre a alta da maternidade e o atendimento na unidade básica de saúde, entre menores de seis meses atendidos no Município do Rio de Janeiro de acordo com a estratégia *Acolhimento mãe-bebê*.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico das crianças menores de seis meses atendidas em unidades básicas de saúde do Município do Rio de Janeiro.
- Descrever os fatores associados ao fluxo das crianças da maternidade para acompanhamento nas unidades básicas de saúde em menores de seis meses atendidos no Município do Rio de Janeiro;
- Identificar quais ações da estratégia *Acolhimento mãe-bebê* foram realizadas em crianças que tiveram fluxo completo.
- Identificar crianças que devem ter uma abordagem diferenciada após o fluxo, segundo recomendação do MS nas ações da “Primeira Semana Saúde Integral” e da SMS no *Acolhimento mãe-bebê*;

4- RESULTADOS

Os resultados serão apresentados sob forma de artigo. O referido artigo apresenta uma seção das referências bibliográficas com numeração exclusiva, não seguindo a seqüência até então apresentada na dissertação. As referências do artigo não fazem parte da seção final de referências.

4.1 - Artigo

Avaliação do fluxo de crianças entre a alta da maternidade e o atendimento na unidade básica de saúde do SUS, no Município do Rio de Janeiro, 2007.

Isaura da Silva Sousa.

RESUMO

Organizar a referência da mulher e da criança no pós-parto possibilita a realização de ações, preconizadas pelo Ministério da Saúde, nos primeiros sete dias após o parto. Para avaliar e identificar os fatores associados a ocorrência do fluxo das crianças entre a alta da maternidade e o atendimento na unidade básica de saúde, foram entrevistadas 1082 mães de crianças menores de seis meses atendidas, em uma amostra de 27 unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2007. A chance de acolhimento incompleto foi maior entre mulheres: sem companheiro; sem trabalho remunerado; idade menor que 20 anos; com pré-natal intermediário e inadequado; que não fizeram pré-natal na mesma unidade em que a criança foi atendida; realizaram cesárea; e crianças que nasceram em maternidades não credenciadas na Iniciativa Hospital Amigo da Criança. A estratégia *Acolhimento mãe-bebê* pode contribuir com a realização das ações preconizadas para a criança nesta fase da vida. Mas, ainda é necessário um treinamento maior dos profissionais nas maternidades e nas unidades básicas.

Palavras-Chave: Avaliação em Saúde, Atenção a Saúde, Saúde da Criança, Desigualdade Social, Equidade no Acesso.

Evaluation of the flow of children between the maternity hospital discharge and medical care in basic health care system, in Rio de Janeiro, 2007.

ABSTRACT

To organize the reference of the post-partum woman and child in the post-partum period provides the implementation of actions, envisaged by the Ministry of Health to be performed in the first week after childbirth. To evaluate and identify the factors associated with the flow of children from the maternity hospital discharge and medical care in primary care. It was interviewed 1082 mothers of children under six months served on 27 basic health units of the National Health System that provided pediatric care to children under six months in Rio de Janeiro in 2007. The chance of incomplete reception was higher among women: no partner, without paid work, age less than 20 years, with intermediate and inadequate prenatal, not received prenatal care in the same unit where the child has been met; performed cesarean section; children born in hospitals without Baby Friendly Initiative Hospital. The strategy “mother-baby reception” can contribute to development of actions recommended for the child at this stage of life. But it still needs more training of professionals in maternity hospitals and in the basic units for the care.

Key Words: Health Evaluation, Child Health, Health Care, Social Inequity, Equity in Access.

4.1.1 – Introdução

A estratégia *Acolhimento mãe-bebê*, realizado no Município do Rio de Janeiro desde 2003, segue as orientações definidas pelo Ministério da Saúde na Agenda de Compromisso para a Saúde da Criança. As ações primordiais para o desenvolvimento da criança devem ser iniciadas na maternidade e ter continuidade na unidade básica de saúde mais próxima da residência da criança, ainda na primeira semana de vida, a fim de estabelecer um vínculo precoce do binômio mãe-bebê com a unidade¹.

O acolhimento abrange avaliação dos possíveis riscos da puérpera e do recém nascido (atendimento imediato ou agendamento), realização da triagem neonatal (teste

do pezinho), vacinação da mãe e do bebê, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, apoio ao aleitamento materno, marcação de consulta para a mãe e o bebê².

No Município do Rio de Janeiro, o encaminhamento é feito pela maternidade, com a entrega de cartão de referência para o acolhimento, constando unidade, dia, horário e profissional que irá atender o binômio mãe-bebê³. Os profissionais de saúde das maternidades devem estar preparados para aproveitar todas as oportunidades de realização dessa ação com a entrega do cartão e conscientização das mães.

Em maternidades que não fazem parte da estratégia *Acolhimento Mãe-Bebê*, e não recebem o cartão de referência, a orientação pode ser feita de outras maneiras: verbalmente, de maneira clara, para que a mãe perceba a importância do atendimento em uma unidade de saúde próxima à sua residência na primeira semana de vida do bebê e, através da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) que possui um espaço para o preenchimento das informações sobre o atendimento da criança na UBS.

A unidade básica e seus profissionais têm que estar organizados, para receber, escutar e tratar os usuários e suas demandas, estabelecendo, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários^{4,5}. Todos comprometidos em identificar e buscar soluções para possíveis problemas com a saúde da mulher e da criança. Com uma postura acolhedora em todos os momentos.

A decisão da mãe em procurar uma unidade básica de saúde para acompanhamento da criança pode ser influenciada por diversos fatores, inclusive por características demográficas, geográficas, culturais, econômicas e psíquicas⁶. Essas diferenças de percepção e utilização dos serviços devem ser consideradas e foram constatadas ao analisar a atenção pré-natal e ao parto, em todo território nacional⁷.

Crianças com maior vulnerabilidade em decorrência de características socioeconômicas devem ser tratadas de maneira diferente para que essa desvantagem possa ser reduzida ou atenuada e não influenciem negativamente seu potencial de crescimento e desenvolvimento.

A estratégia *Acolhimento mãe-bebê* vem tentando reforçar as ações de assistência à saúde da mulher e do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. Por esta razão, o presente estudo propõe identificar fatores associados ao fluxo das crianças entre a alta da maternidade e o atendimento em uma unidade básica, de acordo com essa estratégia.

4.1.2 - Métodos

a) Base de Dados

Neste estudo, foi utilizada a base de dados obtida no projeto: *Avaliação da qualidade da assistência à criança menor de seis meses prestada por unidades básicas do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro*, um estudo transversal desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Epidemiologia e Avaliação de Programas sobre a Saúde Materno Infantil”, representado pelo Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, em parceria com pesquisadores de outras instituições (UFRJ/UFF/UERJ/SES RJ/SMSRJ), que contou com financiamento do PAPES, da FAPERJ e do CNPq.

b) Tipo de estudo e Amostra

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e analítico, que avalia a adequação do fluxo das crianças entre a alta da maternidade e o atendimento na unidade básica de saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), em menores de seis meses, atendidos no Município do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 1082 mães que compareceram com suas crianças menores de seis meses em uma das 27 unidades, para atendimento pediátrico no período de junho a setembro de 2007.

A amostra foi realizada em dois estágios: no primeiro foi feita a seleção das unidades básicas de saúde (UBS) do Município do Rio de Janeiro que prestam assistência pediátrica a crianças menores de seis meses; no segundo, a seleção das crianças menores de seis meses atendidas em cada uma das unidades.

As unidades de saúde foram selecionadas de forma sistemática, em caracol⁸, levando-se em consideração dois aspectos: a distância euclidiana, calculada a partir das coordenadas geográficas dos estabelecimentos de saúde em relação ao Centro Administrativo do Município do Rio de Janeiro e a frequência acumulada do número médio mensal de consultas em crianças menores de seis meses no primeiro semestre de 2005.

Assumiu-se que quanto mais próxima ao Centro Administrativo do município do Rio de Janeiro fosse a unidade de saúde, melhor seria a qualidade da atenção à criança

menor de seis meses. As unidades foram ordenadas segundo as distâncias euclidianas, de forma que fosse produzida uma amostra geograficamente representativa do município do Rio de Janeiro.

O tamanho da amostra foi calculado assumindo-se uma margem de erro bilateral de 13% e um nível de confiança de 95%, gerando uma amostra de 27 unidades básicas de saúde, sendo 40 entrevistas em cada uma com um total de 1080 crianças menores de seis meses. A probabilidade de cada unidade participar da amostra foi proporcional ao volume de consultas pediátricas realizadas.

A seleção das crianças menores de seis meses nas unidades foi sistemática, com no máximo quatro entrevistas por turno, obedecendo à ordem de saída das consultas. Foram selecionadas mães em diferentes dias da semana e em diferentes turnos de atendimento ao longo do período de coleta de dados.

c) Coleta de dados

Foi realizado um estudo piloto em três unidades básicas de saúde de diferentes tipos para teste dos instrumentos e definição da logística do trabalho de campo. Foi utilizado um questionário estruturado que versava sobre características maternas e do bebê e sobre as várias ações da atenção integral à saúde da criança.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas por profissionais e estudantes da área de saúde previamente treinados, com supervisão e acompanhamento dos pesquisadores, nos períodos da manhã e da tarde, nos meses de junho a setembro de 2007.

Foram aplicados questionários padronizados e pré-codificados, coletando informações com as mães após realização de consulta pediátrica sobre a assistência prestada à criança menor de seis meses e observando os dados registrados no cartão da criança.

d) Critério de inclusão e exclusão

Foram incluídas para seleção da amostra unidades básicas de saúde como Policlínicas, Postos de Assistência Médica (PAM), Centro Municipais de Saúde, Postos

de Saúde e Unidades de Atenção de Cuidados Primários à Saúde (UACPS) e Programas de Agentes Comunitário de Saúde (PACS).

Foram excluídos os Postos de Saúde da Família (PSF), por não se dispor de um sistema de atualização quanto ao número de crianças menores de seis meses atendidos por estes e pela baixa representatividade da rede de PSF na atenção básica do município do Rio de Janeiro.

As crianças que nasceram em maternidades, mas não chegaram à unidade básica de saúde para atendimento não foram incluídas na amostra. Encontrava-se disponível apenas as informações de crianças que foram atendidas em unidades básicas de saúde do SUS.

As informações sobre o primeiro atendimento nas unidades básicas foram retrospectivas dependendo da memória da mãe. As mulheres entrevistadas acompanhavam crianças entre zero e seis meses de idade.

Foram excluídas as crianças cujas mães não sabiam informar se haviam recebido ou não o cartão de acolhimento mãe-bebê na maternidade.

e) Análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas incorporando a ponderação, para compensar as probabilidades desiguais de seleção das unidades em cada um dos estágios, e o plano de amostragem para corrigir as estimativas médias e as respectivas variâncias, tentando evitar incorreções que comprometam os resultados, os testes de hipóteses e as conclusões da pesquisa^{9,10}.

Para este estudo, a variável resposta analisada foi o acolhimento (fluxo da criança entre a alta da maternidade e o atendimento na unidade básica de saúde), obtido através de quatro perguntas e categorizado de forma dicotômica. Considerou-se que o fluxo do acolhimento foi completo, quando os seguintes critérios foram alcançados: a mãe foi encaminhada pela maternidade através da entrega do cartão de acolhimento mãe-bebê com data marcada; compareceu a uma unidade básica; e a criança foi atendida na data marcada. O fluxo de acolhimento foi considerado incompleto, quando um destes eventos não ocorreu ou quando não havia data marcada no cartão (Figura 1).

As variáveis independentes utilizadas para a descrição do fluxo das crianças foram classificadas em blocos assim definidos: características maternas individuais,

sociais e gestacionais; características da atenção ao pré-natal, do recém nascido e da atenção hospitalar.

As características maternas individuais e sociais consideradas foram: idade da mãe (categorizada em maior e menor de 20 anos), cor/raça autodeclarada (branca e não branca, referindo-se a: preta, parda, amarela e indígena), escolaridade em duas categorias (nunca estudou e 1º grau, 2º grau e 3º grau), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), trabalho remunerado (sim ou não) e relação pessoa /cômodo (o número de pessoas que moram na casa contando com o bebê e a mãe dividido pelo número de quartos e salas sem contar banheiro, cozinha ou varanda, categorizando: até duas pessoas e mais de duas pessoas).

As características maternas gestacionais foram: história de aborto (não ou sim) e paridade (primípara ou múltipara). As características da atenção pré-natal estudadas foram: início do pré-natal (até o primeiro, e após o primeiro trimestre), número de consultas (1 a 5 e 6 ou mais), adequação do pré-natal, utilizando o índice de Kotelchuck modificado¹¹, levando-se em consideração o número de consultas de pré-natal, baseado no mês do início da assistência e, na proporção de consultas observadas sobre o número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento (não fez, inadequado e intermediário, adequado e mais que adequado), e fez pré-natal na mesma unidade básica em que a criança foi atendida (sim ou não).

As características do recém nascido: baixo peso ao nascer considerado com menor de 2500kg (sim ou não), Índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida (sim ou não) e prematuridade (sim ou não).

As características da atenção hospitalar: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (não, sim - incluído as com título e certificado de compromisso), tipo de parto (normal e cesariana), mamou só no peito até sair da maternidade (sim ou não), e recebeu Caderneta de Saúde da Criança (sim ou não).

Inicialmente, a análise dos dados incluiu a descrição do fluxo das crianças da maternidade para acompanhamento nas UBS segundo as principais variáveis, utilizando a razão de prevalência como medida de associação entre a variável resposta e as variáveis de cada bloco. As análises descritivas bivariadas foram realizadas com 80% de intervalo de confiança e as variáveis que se mostraram significativas na explicação das diferenças entre crianças com acolhimento completo e incompleto foram incluídas no modelo múltiplo.

Para medir o efeito do plano amostral sobre a variância das estimativas médias, utilizou-se o efeito de desenho, calculado pela razão entre a variância estimada segundo

as características reais do delineamento, e a variância se o desenho fosse proveniente de uma amostra aleatória simples de mesmo tamanho. Valores de efeito de desenho acima de um indicam que ao ignorar o plano amostral na estimação da variância encontra-se estimadores viciados e incorretos, subestimados para os erros padrão e intervalos de confiança¹².

Foi feita, também, uma análise descritiva de como as ações da estratégia acolhimento mãe-bebê foram realizadas em crianças que tiveram fluxo completo na mesma unidade em que a mãe foi entrevistada. Desta forma, verificou-se a ocorrência de algumas ações preconizadas para o acolhimento mãe-bebê no primeiro atendimento na unidade: recebeu vacina BCG, recebeu vacina de hepatite B, recebeu orientação sobre amamentação, foi marcada consulta de acompanhamento com pediatra, foi feito teste do pezinho nesta unidade, com que idade o teste do pezinho foi feito (independente do local em que foi feito), e se a mãe teve alguma dificuldade para levar o bebê na unidade.

Estimaram-se os modelos multivariados por regressão logística binomial, que é um modelo linear generalizado que tem função de ligação *logit*¹³. Foram calculadas as estimativas de razão de chance (OR) brutas e ajustadas com respectivos Intervalos de Confiança (IC=97,5%).

Utilizou-se a modelagem hierarquizada^{14,15,16} considerando que as variáveis associadas ao acolhimento completo estivessem em diferentes níveis. Desta forma, seguiu-se uma ordem para a inclusão das variáveis no modelo: introduzindo de uma só vez, as variáveis do primeiro nível (distal); em seguida todas variáveis do primeiro nível foram conservadas no modelo e entraram no ajuste do próximo nível (intermediário); no nível seguinte (proximal), o mesmo procedimento foi empregado.

A análise foi controlada por possíveis fatores de confusão, que neste caso, são as variáveis dos níveis anteriores. Variáveis proximais foram ajustadas para variáveis distais e intermediárias. Por último, foram testadas algumas possíveis interações entre as variáveis, permanecendo no modelo final as interações estatisticamente significantes e que melhoraram o ajuste do modelo.

Na comparação entre os modelos foram observados graficamente: os resíduos padronizados; as observações influentes (Leverage) e a medida de afastamento do vetor de estimativas provocado pela retirada da *i*-ésima informação (Distância de Cook)^{13,17}.

Para identificar crianças que deveriam ter uma abordagem diferenciada após o fluxo, utilizaríamos como parâmetro de comparação alguns critérios estabelecidos pelo MS e SMS que estão disponíveis no questionário: baixo peso ao nascer (< 2.500 g);

prematturos (< 37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (Índice de Apgar < 7 no 5º minuto de vida); recém-nascido de mãe adolescente (< 20 anos); recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo). No entanto, as variáveis peso, Índice de Apgar e idade gestacional tinham um percentual muito elevado de perdas nas cadernetas de saúde da criança e essa análise não foi possível.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa de domínio público R-Project (versão 2.10.1)¹⁸. Para incluir o plano amostral e o peso da amostra, utilizou-se a função *svydesing*, para as regressões utilizou-se a função *svyglm*, que fazem parte da biblioteca *survey*.

f) Aspectos Éticos

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ em 05/08/2009, sob o número 133/09. A pesquisa da qual utilizamos os dados foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 07/03/07, sob o número 132/06 e em 18/06/07 sob número 74A/2007, respectivamente.

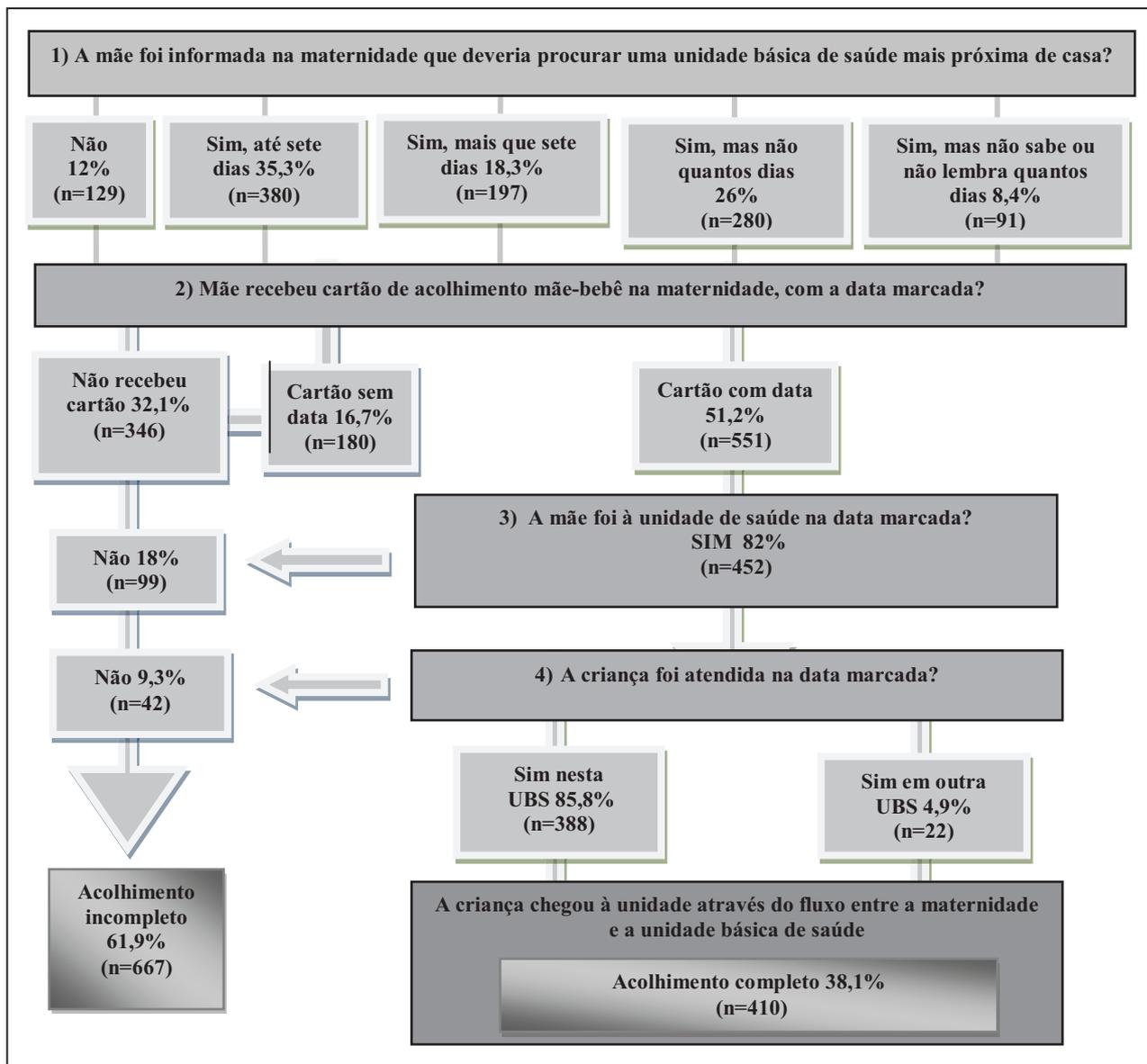
As entrevistas foram realizadas mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Foram utilizados todos os mecanismos para manter o sigilo das informações e oferecida a não obrigatoriedade da participação no estudo.

4.1.3 – Resultados

Das 1082 crianças avaliadas, através de entrevistas com as mães, foi possível identificar o fluxo entre a alta da maternidade e o atendimento em uma unidade básica de 1077 crianças, cinco foram excluídas, pois as mães não sabiam informar se receberam ou não o cartão de acolhimento.

O fluxo do acolhimento entre as maternidades e as unidades básicas foi considerado completo para 410 crianças (38,1%), quando a mãe recebeu o cartão de acolhimento com a data de atendimento marcada, compareceu à unidade básica na referida data e a criança foi atendida. O fluxo do acolhimento foi considerado incompleto para 667 crianças (61,9%) por não terem realizado uma das etapas do acolhimento mãe bebê entre a maternidade e a unidade básica ou o cartão ter sido entregue sem a data marcada (Figura 1).

Figura 1- Fluxo dos atendimentos das crianças entre maternidade e unidade básica, através do Projeto “Acolhimento Mãe-bebê”.



As perguntas formuladas sobre as ações do primeiro atendimento da criança foram direcionadas ao primeiro atendimento na unidade onde a entrevista estava sendo realizada. A unidade onde a entrevista estava sendo feita não era necessariamente a unidade do primeiro atendimento da criança após o parto. Desta forma, foi possível avaliar as ações do primeiro atendimento em 85,8% (n=388) das crianças com acolhimento completo, que foram atendidas pela primeira vez na mesma unidade que a entrevista foi realizada (Questionário Anexo – Questões de 62 à 71).

Na Tabela 1 podemos observar que: na primeira vez em que a criança foi atendida a maior parte das crianças recebeu a vacina BCG; a vacina da hepatite B foi realizada com maior frequência nas maternidades; grande parte das mulheres recebeu

orientações sobre a amamentação; o peso foi aferido em pouco mais da metade das crianças; na maior parte das crianças a consulta do acompanhamento com o pediatra foi marcada na primeira vez que compareceram a unidade; a Triagem Neonatal apresentou uma frequência alta de realização na primeira vez de atendimento. Grande parte das crianças realizaram o exame com até sete dias de vida.

Dificuldade para levar a criança ao atendimento ocorreu em 19,3% das mulheres, sendo: falta de dinheiro (2,8%); local distante ou de difícil acesso (6,7%); dificuldade de transporte (4,1%); horário incompatível (2,1%); demora no atendimento (1,5%); e não ter acompanhante (2,3%).

Tabela 1 – Distribuição das ações de acolhimento mãe- bebê, em crianças menores de seis meses atendidas pela primeira vez na mesma unidade básica em que a entrevista foi feita.

Ações do acolhimento	Categorias	N (Total=388)	%	Perdas %
Recebeu a vacina BCG	Não	10	2,6	0,0
	Sim	299	77,1	
	Na maternidade	63	16,2	
	Em outra UBS	16	4,1	
Recebeu a vacina HEPATITE B	Não	11	2,8	0,8
	Sim	134	34,5	
	Na maternidade	236	60,8	
	Em outra UBS	4	1,0	
Recebeu orientação sobre amamentação	Não	128	33,0	1,0
	Sim	242	62,4	
	Marcada Palestra	14	3,6	
Peso foi aferido	Não	170	43,8	1,0
	Sim	214	55,2	
Marcada consulta de acompanhamento com pediatra	Não	10	2,6	24,2
	Sim	284	73,2	
Foi realizada Triagem Neonatal no primeiro dia em que a criança compareceu a unidade	Não	63	16,2	0,6
	Sim	323	83,2	
Idade em que a Triagem Neonatal foi feita	Não foi feito	2	0,5	0,3
	Com até sete dias	267	68,8	
	Com 8 a 14 dias	84	21,6	
	Com 15 dias ou mais	34	8,8	
Dificuldade para levar o bebê na UBS	Não	313	80,7	0,0
	Sim	75	19,3	

Das 1077 crianças selecionadas para esta análise, a média de idade das mães foi de 25,7 anos variando de 12 a 44 anos. Aproximadamente, 23% das mulheres eram menores de 20 anos. Em relação às características individuais: cerca de um terço (27,8%) das mães se declararam brancas, 21,6% pretas e metade (50,7%) se declarou parda, incluindo amarelas e indígenas. A maioria das mulheres (84,8%) tinha companheiro, vivendo ou não com ele. O percentual de mulheres que informaram saber ler e escrever é elevado (93,3%). No entanto, 0,9% nunca estudaram, 56,4% tinham apenas primeiro grau completo, 39,8%, segundo grau completo e apenas 2,9% possuíam terceiro grau completo. Mais da metade das mães (65,1%) não tinham trabalho remunerado. A relação pessoas/cômodo foi de mais de três pessoas por cômodo em 39,4% das residências.

Das características maternas gestacionais: 45,4% das mulheres entrevistadas estavam na sua primeira gestação. Das que já haviam engravidado anteriormente, 24,4% tinham história de aborto. A frequência de realização do pré-natal, início do pré-natal no primeiro trimestre e de seis e mais consultas foram, respectivamente, 99,1%, 74,6% e 80,7%. O percentual de pré-natais avaliados como adequados e mais que adequados através do índice de Kotelchuck modificado¹¹ foi de 60,3%. Metade das mulheres fizeram o pré-natal na mesma unidade em que a criança foi atendida.

O percentual de crianças com baixo peso, Índice de Apgar menor que sete no quinto minuto e prematuridade foi 8,0%, 1,2% e 7,8%, respectivamente. Mais de 50% dos partos ocorreram em maternidades credenciadas na Iniciativa Hospital Amiga da Criança (IHAC). Os partos normais ocorreram em 63,4% das mulheres. Um percentual alto de crianças recebeu a caderneta de saúde na maternidade e saíram da maternidade mamando no peito (97,6% e 90,7%). No entanto, também foram altas as perdas (acima de 5%) de informação sobre peso ao nascer, Índice de Apgar e idade gestacional, por não preenchimento dessa informação na caderneta de saúde da criança.

Com a análise bivariada, apresentada na Tabela 2, verifica-se que as variáveis IHAC, tipo de parto, Índice de Apgar menor que sete no quinto minuto, adequação do pré-natal, pré-natal na mesma unidade básica que a criança está sendo atendida, idade categorizada em menor e maior de 20 anos, situação conjugal e trabalho remunerado, estiveram associadas com o acolhimento completo e foram significativas, no nível de 20%.

Das características hospitalares, a prevalência maior de acolhimento completo foi 1,5 vezes maior em crianças que nasceram em maternidades credenciadas na IHAC e 1,4 vezes mais frequentes em nascidos de parto normal.

Das características do recém-nascido, crianças que tinham Índice de Apgar maior que sete no quinto minuto tiveram prevalência 1,5 vezes maior de acolhimento completo.

Das características da atenção ao pré-natal, a prevalência de acolhimento completo foi 1,4 vezes mais frequente em crianças de mulheres que tiveram pré-natal adequado e mais que adequado, além de 1,24 vezes maior em crianças de mulheres que realizaram o pré-natal na mesma unidade em que a criança foi atendida.

Das características individuais: ter companheiro esteve associado a uma prevalência 1,35 vezes maior de acolhimento completo. Das características sociais: mulheres com trabalho remunerado apresentaram uma prevalência 1,12 vezes maior de acolhimento completo.

As variáveis: idade, escolaridade, trabalho remunerado, relação pessoa /cômodo, paridade, número de consultas, adequação do pré-natal, fez pré-natal na mesma unidade básica em que a criança foi atendida, Índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida, Hospital Amigo da Criança, tipo de parto e mamou só no peito até sair da maternidade apresentaram efeito de desenho maior que 1,5.

Tabela 2 – Fatores relacionados ao acolhimento mãe-bebê completo (AC), em unidades básicas de saúde do SUS, no município do Rio de Janeiro, RJ, 2007.

	Covariável	Categorias	N Total	AC %	Efeito de desenho	Perdas %	Razão Prevalência (IC-80%)	X² (p-valor)
Características de atenção hospitalar	Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Sim e com certificado	648	46,8	24,683	0,5	1,48 (1,04-2,09)	0,118
		Não	423	31,7	24,683		1,00	
	Tipo de Parto	Normal	679	45,5	1,874	0,5	1,39 (1,24-1,55)	0,000
		Cesariana	392	32,7	1,874		1,00	
	Mamou só no peito até sair da maternidade	Sim	969	40,9	1,827	0,7	1,04 (0,83-1,30)	0,829
		Não	100	39,4	1,827		1,00	
Recebeu caderneta da saúde da criança	Sim	1045	40,8	0,766	0,6	1,02 (0,63-1,65)	0,959	
	Não	25	40,1	0,766		1,00		
Características do recém-nascido	Baixo peso ao nascer (caderneta)	Não	940	42,7	0,922	5,1	1,25 (0,87-1,80)	0,414
		Sim	82	34,2	0,922		1,00	
	Índice de Apgar <7 no 5º min (caderneta)	Não	884	43,9	1,889	16,9	1,50 (0,96-2,35)	0,193
		Sim	11	29,3	1,889		1,00	
	Prematuridade (caderneta)	Não	708	46,1	1,161	28,8	1,04 (0,83-1,31)	0,812
		Sim	59	44,2	1,161			
Características da atenção ao pré-natal	Adequação do pré-natal	Adequado e mais que adequado	642	46,1	1,999	1,3	1,41 (1,22-1,62)	0,004
		Não fez / inadequado e Intermediário	421	32,8	1,999		1,00	
	Fez pré-natal na mesma UBS	Sim	592	44,9	11,777	1,6	1,24 (1,10-1,39)	0,016
		Não	468	36,3	11,777		1,00	
	Início do pré-natal	Até o 1º trimestre	790	42,0	1,115	1,7	1,08 (0,92-1,27)	0,556
		Após o 1º trimestre	269	39,0	1,115		1,00	
	Número de consultas	6 e mais	851	41,5	1,613	2,0	1,05 (0,86-1,30)	0,740
Até 5		204	39,4	1,613		1,00		

X²: qui-quadrado

(continua)

	Covariável	Categorias	N Total	AC %	Efeito de desenho	Perdas %	Razão Prevalência (IC-80%)	X ² (p-valor)
Características maternas individuais	Idade	>20 anos	825	41,6	2,101	0,5	1,09 (1,00-1,18)	0,169
		<20 anos	246	38,2	2,101		1,00	
	Cor/Raça	Branca	297	39,5	1,092	0,5	0,96 (0,78-1,17)	0,773
		Não branca	774	41,3	1,092		1,00	
	Escolaridade	2º e 3º graus	457	41,8	2,116	0,5	1,04 (0,92-1,18)	0,669
		Nunca estudou e 1º grau	614	40,1	2,116		1,00	
	Situação conjugal	Com companheiro	908	42,5	1,092	0,5	1,36 (1,18-1,55)	0,007
Sem companheiro		163	31,4	1,092		1,00		
Características maternas sociais	Trabalho remunerado	Sim	374	43,9	2,000	0,5	1,12 (1,04-1,20)	0,054
		Não	697	39,2	2,000		1,00	
	Relação pessoa/cômodo	Até duas	648	40,1	6,015	0,6	0,96 (0,89-1,03)	0,431
		Mais que três	422	41,9	6,015		1,00	
Características maternas gestacionais	Aborto	Não	810	39,1	0,651	0,5	1,06 (0,96-1,16)	0,446
		Sim	261	41,4	0,651		1,00	
	Paridade	Primípara	486	42,4	2,341	0,5	1,07 (0,93-1,24)	0,516
		Múltipara	585	39,5	2,341		1,00	

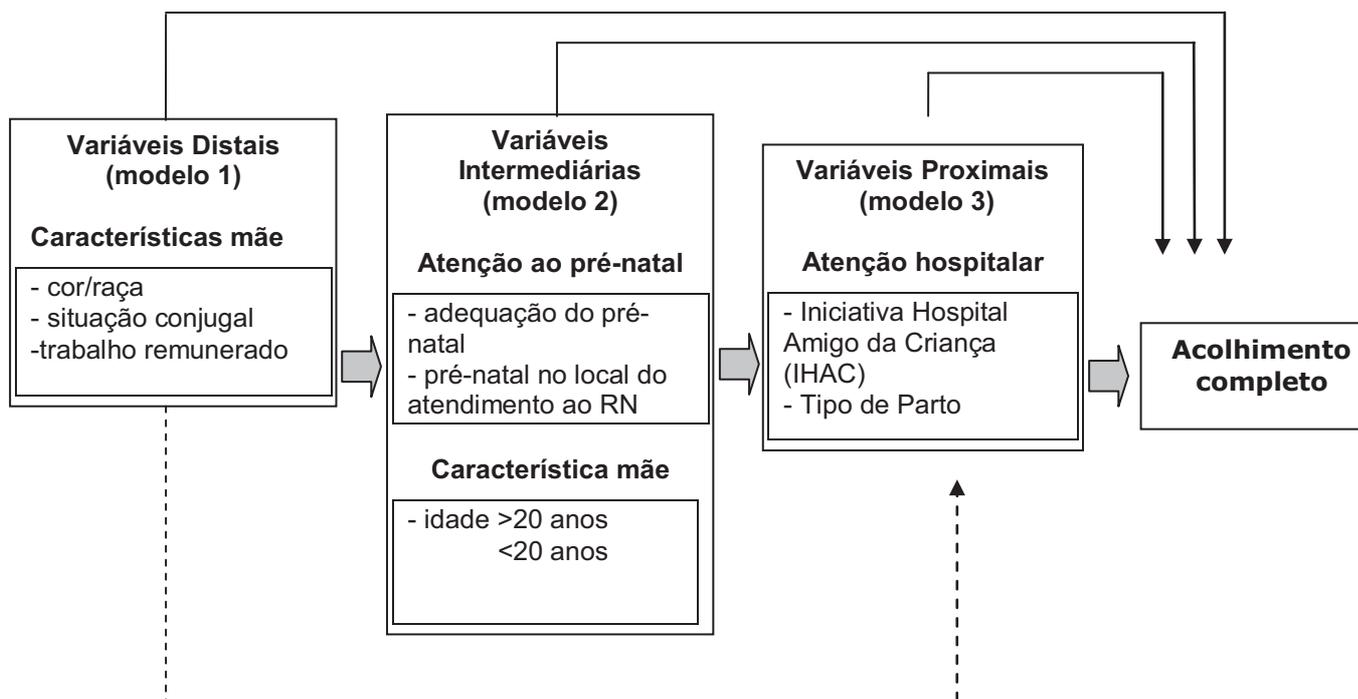
As variáveis que estiveram associadas no nível de 20% com o acolhimento completo foram incluídas de maneira hierarquizada no modelo multivariado (Figura 2), utilizando uma ordenação por proximidade com o desfecho. Pode existir um efeito direto ou indireto entre as variáveis em cada nível e com o desfecho.

No modelo proposto a idade foi considerada como uma característica que pode sofrer influência de fatores situados no nível distal e ter uma relação direta com a forma como a atenção ao pré-natal é conduzida pela mulher, desta forma foi considerada no nível intermediário.

A variável “cor/raça”, apesar de não ser estatisticamente significativa na análise bivariada, foi incluída no modelo pela sua relevância. A variável Índice de Apgar menor

que sete no quinto minuto, apesar de ter sido significativa no nível de 20%, não foi incluída no modelo multivariado por ter tido um percentual relativamente alto de perdas (17%).

Figura 2 - Modelo teórico hierarquizado para avaliar os fatores relacionados com o acolhimento mãe-bebê em unidades básicas de saúde da Cidade do Rio de Janeiro/RJ



No modelo distal, as estimativas pontuais das OR ajustadas não foram diferentes das OR brutas. Crianças filhas de mães sem companheiros apresentaram uma chance 1,62 vezes maior de acolhimento incompleto, comparadas com as com companheiro. Mulheres que não têm trabalho remunerado representaram uma chance 1,21 vezes maior de ter crianças com acolhimento incompleto quando comparadas com mulheres com trabalho remunerado (Tabela 3).

No modelo intermediário, as estimativas ajustadas apresentaram algumas diferenças em relação a OR bruta. Mães sem companheiro representaram uma chance 1,38 vezes maior de crianças com acolhimento incompleto quando comparadas com mães que têm companheiro; mulheres sem trabalho remunerado apresentaram uma chance 1,19 vezes maior de acolhimento incompleto, mas a associação perdeu significância. Mulheres com pré-natal avaliado como intermediário ou inadequado e que não realizaram pré-natal na mesma UBS em quem a criança foi atendida tiveram uma

chance respectivamente 1,72 vezes e 1,55 vezes mais freqüente de acolhimento incompleto. Mulheres com idade menor de 20 anos não apresentaram associação com o desfecho neste nível de análise (Tabela 3).

No modelo proximal, não ter companheiro, não ter trabalho remunerado e ter pré-natal avaliado como intermediário ou inadequado permaneceram associados a uma maior chance de acolhimento incompleto. Mães que realizaram o parto em maternidades não credenciadas na IHAC tiveram uma chance 1,76 vezes maior de acolhimento incompleto quando comparadas com mulheres que realizaram partos em maternidades credenciadas na IHAC, mas a associação não foi significativa neste nível. Mulheres submetidas a parto cesáreo tiveram uma chance 1,76 vezes maior de acolhimento incompleto, quando comparadas a mulheres submetidas a parto normal. Mulheres com idade menor de 20 anos apresentaram uma chance 1,19 vezes mais freqüente de acolhimento incompleto, mas não foi estatisticamente significativo (Tabela 3).

No modelo final foram testadas algumas interações, houve mudanças nas estimativas pontuais e nos intervalos de confiança. Não ter companheiro, não ter trabalho remunerado, pré-natal intermediário ou inadequado, pré-natal em outra UBS, partos cesáreos permaneceram relacionados com uma maior chance de acolhimento incompleto e foram estatisticamente significativas. A idade menor de 20 anos apresentou uma chance 1,66 vezes mais freqüente de acolhimento incompleto, e agora significativo. Mulheres que realizaram partos em maternidades sem IHAC apresentaram uma chance 2,17 vezes maior de acolhimento incompleto. A interação entre idade menor de 20 anos e maternidades não credenciadas na IHAC apareceu como efeito protetor para acolhimento incompleto (Tabela 3).

Em todos os níveis de análise, não houve associação estatisticamente significativa entre mulheres não brancas com a chance de acolhimento incompleto, mas optou-se por manter esta variável por sua relevância e para um melhor ajuste do modelo (Tabela 3).

Considerando a análise gráfica dos resíduos, do Leverage, e da distância de Cook, (ANEXO) o modelo final apresentou um bom ajuste das variáveis estimadas.

Tabela 3 – Modelo hierarquizado dos fatores relacionados ao acolhimento mãe-bebê incompleto em unidades básicas de saúde do SUS no município do Rio de Janeiro, RJ, 2007.

Covariável	Categorias	OR Bruto (IC:80%)	Modelo# Distal (IC:97,5%)	Modelo# Intermediário (IC:97,5%)	Modelo# Proximal (IC:97,5%)	Modelo Final (IC:97,5%)
Cor/Raça	Branca	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Não branca	0,93 (0,66-1,30)	0,93 (0,55-1,57)	0,94 (0,56-1,60)	0,95 (0,57-1,60)	0,94 (0,58-1,50)
Situação conjugal	Com companheiro	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sem companheiro	1,62*** (1,30-2,02)	1,62 *** (1,18-2,22)	1,38 ** (1,02-1,85)	1,45** (1,10-1,92)	1,46** (1,09-1,95)
Trabalho remunerado	Sim	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Não	1,21* (1,07-1,37)	1,21 * (1,00-1,46)	1,19 (0,97-1,47)	1,27** (1,02-1,59)	1,25* (0,99-1,57)
Idade	>20 anos	1,00		1,00	1,00	1,00
	<20 anos	1,15 (1,01-1,31)		1,08 (0,83-1,41)	1,19 (0,91-1,55)	1,66** (1,10-2,51)
Adequação do pré-natal	Adequado e mais que adequado	1,00		1,00	1,00	1,00
	Não fez / inadequado e Intermediário	1,76*** (1,39-2,22)		1,72*** (1,91-2,47)	1,67** (1,11-2,51)	1,68** (1,11-2,52)
Fez pré-natal na mesma UBS	Sim	1,00		1,00	1,00	1,00
	Não	1,43** (1,19-1,72)		1,55*** (1,16-2,06)	1,39** (1,05-1,85)	1,40** (1,05-1,85)
Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Sim e com certificado	1,00			1,00	1,00
	Não	1,90 (1,12-3,20)			1,76 (0,89-3,47)	2,17** (1,12- 4,22)
Tipo de Parto	Normal	1,00			1,00	1,00
	Cesariana	1,72**** (1,44-2,04)			1,76**** (1,34-2,33)	1,71*** (1,30-2,26)
Idade(<20)* Amigo(Não)						0,40*** (0,25-0,64)
Deviança Residual			1447	1401	1364	1356

p valor: * 0.05 / ** 0.01 / *** 0.001 / **** 0

OR: razão de chance

Todas as variáveis estão controladas para as do mesmo nível e para as do nível anterior.

4.1.4 – Discussão

No Município do Rio de Janeiro, em 2007, mais da metade das crianças menores de seis meses, atendidas em unidades básicas de saúde do SUS, tiveram acolhimento incompleto, mesmo após cinco anos de desenvolvimento da estratégia *Acolhimento mãe-bebê*. As mulheres que chegaram à unidade básica de saúde e informaram não ter recebido o cartão de acolhimento podem ter vindo de maternidades particulares, de maternidades do SUS sem a estratégia implantada ou de maternidades do SUS com a estratégia implantada.

As mulheres que informaram ter recebido o cartão são provavelmente de maternidades com a estratégia implantada e representaram 67,9% (n=731) da amostra, dessas, 16,7% relataram ter recebido o cartão sem a data marcada. A implantação dessa estratégia na rede conveniada ao SUS torna necessário o treinamento dos profissionais de saúde das maternidades, para que estes possam oferecer a informação sobre o primeiro atendimento da criança de maneira clara e completa, indicando no cartão qual unidade procurar e quando procurar a unidade básica.

Neste estudo, podemos observar que a informação verbal foi oferecida para muitas mulheres, mas houve falha na compreensão (8,4%) e no esclarecimento da informação (44,3%) em relação ao tempo determinado (no máximo sete dias) para o atendimento. Em outro estudo foi encontrada associação entre a ocorrência de vacinação em atraso e a falta de informações prestadas na sala de vacina¹⁹.

A falha de comunicação pode ser atribuída ao próprio acompanhante da criança (distração, esquecimento, baixa escolaridade), mas destaca-se a relevância das práticas educativas e o papel dos profissionais de saúde no sucesso das estratégias e programas implantados, através do esclarecimento e orientação das mães das crianças para que estas possam participar ativamente do processo de cuidar da criança.

Em um estudo que analisou os fatores associados à qualidade do preenchimento da CSC em Belo Horizonte, Minas Gerais, também se observou que o campo destinado à orientação para levar o recém-nascido à UBS na primeira semana de vida para receber as ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” estava preenchido em apenas um terço das CSC²⁰.

Diante das perdas de informação sobre as condições do recém nascido no nascimento e sobre informações para o primeiro atendimento na unidade básica que foram encontradas neste estudo, destaca-se a necessidade do treinamento e da conscientização dos profissionais das maternidades. Esta ação não deve ser vista, de forma mecânica, como o simples preenchimento dos formulários. Deve existir o reconhecimento de que neste momento inicia-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com o uso da CSC como instrumento de vigilância à saúde.

A mãe deve estar consciente da importância de procurar a unidade básica de saúde mais próxima da sua residência. Para isso, o maior número de informações deve ser oferecido na maternidade: nome da unidade, a data, hora e o profissional, quando possível.

As perdas de informação de peso, Índice de Apgar e idade gestacional, por não preenchimento dessas informações na CSC demonstram a descontinuidade do cuidado. Em estudo realizado durante campanha de vacinação, em Feira de Santana, observou-se que de 2319 mães entrevistadas, quase a totalidade possuía o cartão da criança, mas foram constatadas ausências de anotações como: nome da criança e dos pais; hospital em que a criança nasceu; tipo de parto; peso; perímetro cefálico; comprimento; e APGAR no 5º minuto menor que sete, onde foi encontrado o maior percentual de perdas (72%)²¹. Neste estudo encontramos nas CSC 16,9% de perdas do Índice de Apgar e 28,8% da idade gestacional ao nascer por não preenchimento.

A mãe deve ser apresentada a CSC¹⁹ recebendo informação sobre a importância deste instrumento, do seu correto preenchimento, da atualização das informações após cada consulta, e que ela mesma pode acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança através das anotações feitas. A CSC deve ser valorizada como um instrumento de intermediação do diálogo entre família e profissionais de saúde. Os diálogos são essenciais para a busca da qualidade de vida, do autocuidado e da cidadania por isso, é necessário estimular a mãe a se envolver, a querer cuidar e saber cuidar da criança, contribuindo com a saúde dos seus familiares²².

Ao analisar como as ações do acolhimento ocorreram em 85,8% das crianças observamos que a vacina BCG teve um percentual de realização maior na unidade básica e a vacina da hepatite B na maternidade. Isso pode ter ocorrido porque, segundo o manual de vacinação do Ministério da Saúde, a vacina da hepatite B deve ser feita logo após o parto, preferencialmente nas primeiras doze horas de vida e a vacina BCG deve ser feita em crianças com mais de 2000 kg até o primeiro ano de vida²³.

No primeiro encontro do binômio mãe-bebê com a unidade básica não se pode perder a oportunidade de observar como a amamentação está ocorrendo e de orientar a mãe quanto à continuidade da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança. Neste estudo 33,0% das mulheres não receberam nenhuma informação sobre amamentação na primeira vez que compareceram na unidade. Para a realização desta ação não é necessário equipamento, tecnologia avançada ou recurso financeiro, trata-se apenas de informação e orientação. Reforçando a necessidade de valorização dessa ação pelos profissionais de saúde.

Um dos principais objetivos do Programa de Triage Neonatal é fazer com que todos os nascidos vivos no território nacional sejam testados para as doenças pré-definidas pelo programa de triagem neonatal²⁴. Nesta amostra, encontramos um percentual de realização do teste em 68,8% das crianças com até sete dias de vida. Na maior parte das crianças o teste foi feito na primeira vez em que a criança compareceu a unidade para que foi encaminhada. A chegada do recém-nascido na primeira semana de vida para acompanhamento na unidade básica pode ter contribuído, também, no tempo adequado para a Triage Neonatal.

Das características hospitalares, as que estiveram associadas a uma prevalência maior de acolhimento completo foram nascer em maternidades credenciadas na IHAC e nascer de parto normal. Das características do pré-natal, estiveram associadas a uma prevalência maior de acolhimento completo: a adequação do pré-natal e o pré-natal na mesma unidade básica em que a criança foi atendida. Das características individuais e sociais: ter companheiro e ter trabalho remunerado apresentaram uma prevalência maior de acolhimento completo.

Foi possível confirmar as associações existentes nas análises bivariadas tanto com a razão de prevalência quanto pela razão de chance. No modelo multivariado, algumas associações permaneceram significativas, mesmo quando ajustadas pelas demais variáveis. As variáveis associadas à maior chance de ter tido um acolhimento incompleto na análise múltipla também se relacionaram a características individuais, da atenção ao pré-natal e hospitalar.

Em todos os níveis de análise, mulheres sem companheiro tiveram uma maior chance de acolhimento incompleto quando comparadas com mulheres com companheiro. Essa relação pode refletir a possibilidade de maior apoio e estímulo aos cuidados necessários a mãe e ao RN, maior aporte financeiro e aceitação social quando se tem um companheiro. A associação entre a presença de um companheiro e desfechos

positivos também foi encontrada em estudos que avaliaram a atenção pré-natal¹¹, a peregrinação anteparto²⁵ e o tipo de parto²⁶.

A idade menor de 20 anos só esteve relacionada a uma chance 1,66 vezes maior de acolhimento incompleto no modelo onde a interação entre idade menor de 20 anos e maternidade sem IHAC foi significativa. Nos demais níveis de análise, a chance foi entre 1,8 e 1,19 vezes maior para acolhimento incompleto, mas não apresentaram significância. O comprometimento das mães menores de 20 anos com a continuidade da assistência pode ser menor em relação às demais, já que essas mulheres também podem vivenciar mais a insatisfação com a gravidez e a falta de apoio familiar e da sociedade. Leal et al¹¹ também observou a relação entre mães adolescentes com a menor utilização da assistência pré-natal.

Em estudo realizado com uma amostra de puérperas, de 1999 a 2001, observou-se que 38,5% das parturientes do Município do Rio de Janeiro foram classificadas como tendo recebido um cuidado pré-natal adequado ou mais que adequado¹¹. No presente estudo, encontramos uma prevalência de adequação do pré-natal superior a 50%, com associação entre pré-natal inadequado e intermediário com uma chance maior de acolhimento incompleto em todos os níveis de análise.

Essa associação pode sugerir, aparentemente, que mulheres com pré-natal adequado e mais que adequado apresentam uma integração melhor com os serviços e um comprometimento maior em retornar à unidade básica de saúde para o acompanhamento da criança. Porém, em outro estudo não foi encontrada associação da adequação do pré-natal como a peregrinação anteparto, destacando a falta de articulação entre serviços de pré-natal e maternidades.

Mulheres que não fizeram pré-natal na mesma unidade em que a criança foi atendida apresentaram uma maior chance de acolhimento incompleto em todos os níveis da análise hierarquizada. Durante o pré-natal pode ter-se estabelecido uma relação de confiança entre a unidade e a gestante, proporcionando um atendimento mais rápido da criança. Ou a mulher, por conhecer a unidade e os profissionais de saúde, pode ter um acesso facilitado.

No Estado do Rio de Janeiro, existem dezessete unidades credenciadas como IHAC²⁶. No Município, são nove, sendo que destas, sete fazem parte da estratégia *Acolhimento mãe-bebê*. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC – foi idealizada em 1990 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

Em mulheres que foram atendidas em maternidades não credenciadas na IHAC observou-se uma chance maior de acolhimento incompleto, mas essa associação só foi significativa no modelo final e correspondeu a uma chance 2,17 vezes maior de acolhimento incompleto. No entanto, mulheres com idade menor de 20 anos que realizaram o parto em maternidades não credenciadas na IHAC apresentaram um efeito protetor para acolhimento incompleto (0,40, IC 97,5% de 0,25 a 0,64).

Maternidades com IHAC, além de contribuírem com a promoção e proteção do aleitamento materno também podem influenciar positivamente o estabelecimento da rotina de encaminhamento do binômio mãe-bebê para atendimento na unidade básica.

Consultando os dados do DATASUS – SINASC observou-se, no Rio de Janeiro, de 1997 há 2007, que os partos normais eram proporcionalmente mais frequentes, acima de 50%, mas de 2005 a 2007 houve uma inversão e os partos cesáreos passaram a ocorrer proporcionalmente em mais de 50% dos nascimentos, considerando os dados do Município. Esse aumento da proporção de parto cesáreo superando os partos normais foi encontrado também na análise da Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006, nas regiões sul e sudeste⁸.

Em outros estudos, os partos normais estiveram mais relacionados à maternidades do SUS, e as cesarianas ao sistema de saúde privado^{26,8,28}. Essa pode ser uma das explicações para a chance maior de acolhimento incompleto entre as crianças que nasceram de parto cesáreo. As maternidades do SUS seguem as normas definidas pelo Ministério e desenvolvem a estratégia acolhimento mãe-bebê implantada pelo Município encaminhando as crianças com cartão de referência para uma unidade básica.

A estratégia de *Acolhimento mãe-bebê* poderia ser mais abrangente caso fosse estendida a unidades particulares, para captar mulheres que realizam o parto em maternidades particulares, mas que os recém-nascidos não serão atendidos em consultórios particulares, pois não dispõem de plano de saúde.

Além disso, após o parto cesáreo, a alta pode ser mais demorada pelas condições clínicas da gestante ou do recém-nascido, se as cesarianas estiverem sendo realizadas por critério de risco. Ou pode haver outros fatores envolvidos que não foram identificados nesta análise inicial.

As variáveis que apresentaram efeito de desenho muito superior a um: idade, escolaridade, trabalho remunerado, relação pessoa /cômodo, paridade, número de consultas, adequação do pré-natal, fez pré-natal na mesma unidade básica em que a criança foi atendida, Índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, tipo de parto e mamou só no peito até sair da

maternidade demonstram a importância da inclusão do efeito do plano amostral na análise dos dados^{9,10,12}.

Algumas limitações devem ser consideradas. Em primeiro lugar, só temos informação das mães que chegaram às unidades de saúde e, portanto, puderam entrar na amostra e serem entrevistadas. Foi possível, no entanto, comparar as informações entre as que tiveram acolhimento completo e incompleto para as que conseguiram chegar.

O estudo não foi planejado exclusivamente para avaliar a estratégia *Acolhimento mãe-bebê*. As informações foram coletadas durante inquérito realizado com crianças menores de seis meses após consulta pediátrica e, por isso, muitas mães podem não lembrar os detalhes das orientações que receberam na maternidade e de quando e como chegaram à unidade básica. Algumas perguntas não foram elaboradas de maneira que permitissem um maior entendimento sobre a estratégia. Esses aspectos devem ser considerados, mas não impede que as análises sejam feitas e se tenha uma descrição inicial do *Acolhimento mãe-bebê* no Município do Rio de Janeiro.

As desigualdades decorrentes de condições socioeconômicas não foram encontradas, provavelmente pela homogeneidade da amostra, já que todas as crianças eram atendidas pelo SUS. Além disso, a amostra era de crianças que tiveram oportunidade de serem atendidas na unidade básica, e não conhecermos o perfil das crianças que não foram atendidas. Algumas associações talvez não tenham sido encontradas porque as diferenças foram menos evidentes ou a amostra não tenha sido suficientemente grande para detectá-las.

Referências

1. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Série A Normas e Manuais Técnicos, 2003.
2. Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Roteiro de atividades do acolhimento mãe-bebê divulgado em Seminário de capacitação para acolhedores das Unidades Básicas. Disponível em: www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/acolhimentomaebebe.ppt.

3. Silva M, Pereira L, Guimarães M, Rito R, Ratto K. Acolhimento mãe-bebê na unidade básica após a alta da maternidade contribuindo para a humanização da assistência materno-infantil. Rev de Pediatria SOPERJ 2003; ANO IV (1).
4. Junior AGS, Mascarenhas MT M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: Pinheiro R, Matos RA. Cuidado – As fronteiras da Integralidade. CEPESC/UERJ, ABRASCO 2006; 3ª Edição.
5. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Série B Textos básicos em saúde, 2006.
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20 Sup 2:S190-198.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Série G. Estatística e Informação em Saúde 2009.
8. Levi PS, Lemeshow S. Sampling of populations; textbook and solutions. Manual: methods and application; 2003
9. Sousa MH, Silva NH. Estimativas obtidas de um levantamento complexo. Rev Saúde Pública 2003; 37(5): 662-70
10. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. Rev Bras Epidemiol 2008; 11 Suppl 1: 38-45.
11. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2004; 20 Suppl 1:S63-72.
12. Silva PLN, Pessoa DGC, Lila MF. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. Ciênc. saúde coletiva 2002 7(4): 659-670.
13. Rodríguez G. Generalized Linear Models [notas] [acessado em 05/01/2010] Disponível em <http://data.princeton.edu/wws509/notes/>
14. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. Int J Epidemiol 1997; 26:224-7.

15. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Modelo preditivo do uso de cocaína em prisões do Estado do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2005; 39(5): 824-831.
16. Lima S, Carvalho ML, Vasconcelos AGG. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8): 1910-1916.
17. Fox J. *An R and S-Plus Companion to Applied Regression*. California: Sage Publications; 2002.
18. Kurt H. The R Foundation for Statistical Computing. Disponível em <http://CRAN.R-project.org/doc/FAQ/R-FAQ.html> [acessado em 05/01/2010]
19. Molina A, Godoy I, Carvalho L, Caldas JA. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo - DOI: 10.4025/actascihealthsci.1077. *Acta Scientiarum. Health Science*, Brasil, 29 mar. 2008. Disponível em: www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/Article/view/1077.
20. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al . Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3): 583-595.
21. Vieira GO, Vieira TO, Costa COM, Netto PVS, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2005; 5:177-184.
22. Figueredo GLA, Mello DF. A prática de enfermagem na atenção a saúde da criança em unidade básica de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(4): 544-51.
23. Aranda CMSS, et al. *Manual de Procedimentos para Vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde 2001; 4ª edição: 316 p.
24. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 822/ GM em 6 de junho de 2001. Instituição do Programa Nacional de Triagem Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística e eemoglobinopatias. Brasília; 2001.
25. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(3):553-559.

26. Knupp VMAO, Melo ECP, Oliveira RB. Distribuição do Parto Vaginal e da Cesariana no Município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008; 12 (1): 39 – 44.
27. Lista dos Hospitais habilitados e credenciados na IHAC/Brasil. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/hospitais_ihac_junho09.pdf. Acessado em: 02/03/2010.
28. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Silva PR, Denardin G, Rodrigues MM. Risk factors for cesarean section by category of health service. Rev Saúde Pública 2010; 44(1):80-9.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise bruta e ajustada da razão de chance, em estudos transversais e com uma prevalência alta do desfecho, superestima as associações ⁴². No entanto, para uma análise inicial das associações existentes com o acolhimento completo do recém nascido essa medida foi utilizada, pois permitiu fazer uma avaliação preliminar desta ação no município do Rio de Janeiro.

Foi possível identificar mulheres com algumas características (sem companheiro, sem trabalho remunerado, com idade menor de 20 anos, que tiveram pré-natal intermediário e inadequado, que realizaram cesarianas) que estiveram associadas com uma frequência maior do *Acolhimento mãe-bebê*.

Essas características devem ser consideradas no planejamento de ações visando a ampliação da cobertura dessa estratégia, maior impacto da proposta no acompanhamento e desenvolvimento da criança e na redução da mortalidade infantil. Outros estudos são necessários para um maior aprofundamento na lógica do programa, para uma avaliação específica do grau de implantação e dos resultados alcançados.

Essa estratégia de referência da criança no pós-parto para o acompanhamento na unidade básica pode promover uma maior integração dos serviços, contribuir indiretamente para o estabelecimento de redes de referência e contra-referência das gestantes para o parto.

É necessário uma maior conscientização dos profissionais da maternidade no encaminhamento da criança à unidade básica e no preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com o maior número de informações. Bem como comprometimento dos profissionais nas unidades básicas para que aproveitem as oportunidades de estabelecimento de vínculo precoce e a realização das ações preconizadas para este período.

A relação entre os diversos serviços de atenção a mulher e a criança deve ir além do preenchimento dos formulários e das barreiras do sistema para que as ações do *Acolhimento mãe-bebê* possam realmente contribuir com o pleno crescimento e desenvolvimento da criança e redução da mortalidade independente de condições socioeconômicas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 52 de 08 de março de 2006. Seção II - Da Saúde. Brasília. 2006.
2. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes.
3. Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. 11ª reimpressão. Rio de Janeiro. Editora Guanabra Koogan, 2007 Capítulo 23.
4. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
5. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Medici EV. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública 1999; 15(1): 15-28.
6. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(4): 941-950.
7. Assis AMO, Barreto ML, Santos NS, Oliveira LPM, Santos SMC, Pinheiro SMC. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2337-2350, out, 2007
8. Andrade CLT, Szwarcwald CL, Castilho EA. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(11):2564-2572, nov, 2008
9. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev de Saúde Pública 2005; 39(1):100-107
10. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(4):1137-1142, out-dez, 2000

11. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
12. Vieira-da-Silva LM. Conceitos e Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 15-39.
13. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. *Explorations in quality assessment and monitoring*. v 1: the definition of quality and approaches to its assessment. 1988.
14. Hartz ZMA. (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
15. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sócias no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-986.
16. Lopes RM, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 Sup 2:S283-S297.
17. Carvalho, MF; et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3): 675-685, mar, 2008.
18. Boccollini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre nascimento e a primeira mamada. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(11): 2681-2694.
19. Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 705-711.
20. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Sup 2:S190-198.
21. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Série A Normas e Manuais Técnicos, 2003.
22. Roteiro de atividades do acolhimento mãe-bebê divulgado em Seminário de capacitação para acolhedores das Unidades Básicas. www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/acolhimentomaebebe.ppt.

23. Aranda CMSS, et al. Manual de Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001; 4ª edição: 316 p.
24. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. Rev. bras. epidemiol. Acessado em: Mar 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>.
25. Sadeck LSR, Ramos JLA. Resposta imune à vacinação contra hepatite B em recém-nascidos pré-termo, iniciada no primeiro dia de vida. J. Pediatr. (Rio J.) [serial on the Internet]. 2004 Apr [cited 2010 Mar 11] ; 80(2): 113-118. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000200007&lng=en. doi: 10.1590/S0021-75572004000200007.
26. Molina A, Godoy I, Carvalho L, Caldas JA. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo - DOI: 10.4025/actascihealthsci.1077. Acta Scientiarum. Health Science, Brasil, 29 mar. 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1077/532>>. Acesso em: 11 mar. 2010.
27. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Viana Rito RVFV, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006 Rev Saúde Pública 2009;43(6):1021-29
28. Lopes CRC, Berezin EN. Fatores de risco e proteção à infecção respiratória aguda em lactentes. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2010 Mar 12] ; 43(6): 1030-1034. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000600015&lng=en. Epub Dec 18, 2009. doi: 10.1590/S0034891020090005000077.
29. Franco SC, Nascimento MBR, Reis MAM, Issler H, Grisi SJFE. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [serial on the Internet]. 2008 Sep [cited 2010 Mar 11] ; 8(3): 291-297. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292008000300008&lng=en. doi: 10.1590/S1519-38292008000300008.
30. Silva SM, Brunken GS, França GVA, Escuder MM, Venancio SI. Evolução do aleitamento materno em uma capital da Região Centro-Oeste do Brasil entre 1999 e 2004. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2007 July [cited 2010 Mar 12] ; 23(7): 1539-1546. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000700004&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2007000700004.

31. Vieira GO, Vieira TO, Costa COM, Netto PVS, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2005;5:177-184.
32. Schimith MD, Lima MAD. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004
33. Junior AGS, Mascarenhas MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: Pinheiro R, Matos RA(Org.). *Cuidado – As fronteiras da Integralidade*. RJ: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006- 3ª Edição.
34. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Série B Textos básicos em saúde, 2ª ed. Brasília; 2006.
35. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2007 Apr [cited 2010 Mar 11] ; 12(2): 477-486. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232007000200024.
36. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 822/ GM em 6 de junho de 2001. Instituição do Programa Nacional de Triagem Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística e emoglobinopatias. Brasília (DF); 2001.
37. Almeida AM, Godinho TM, Teles MS, Rehem APP, Jalil HM, Fukuda TG et al. Avaliação do Programa de Triagem Neonatal na Bahia no ano de 2003. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [serial on the Internet]. 2006 Mar [cited 2010 Mar 11] ; 6(1): 85-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100010&lng=en. doi: 10.1590/S1519-38292006000100010.
38. Silva M, Zagonel I, Lacerda M. A enfermagem na triagem neonatal - DOI: 10.4025/actascihealthsci.v25i2.2226. *Acta Scientiarum. Health Science*, Brasil, 25 abr. 2008. Disponível em: <http://periódicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2226/1454>>. Acesso em: 11 mar. 2010.
39. Salles M, Santos I. O conhecimento das mães acerca do teste do pezinho em uma unidade básica de saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, América do Norte, 1, ago. 2009. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/281/273>.

Acesso em: 11 Mar. 2010.

40. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (6):1901-1910, nov-dez, 2005.
41. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciência & Saúde Coletiva, 4 (2):341-353, 1999.
42. Coutinho LMS, Scazufca MPR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. Rev. Saúde Pública 2008; 42(6): 992-998.

ANEXOS

CARTÃO DE ACOLHIMENTO MÃE-BEBÊ

ACOLHIMENTO MÃE BEBÊ

Protegendo a saúde do carioquinha



RIO CRIANÇA

RIO SAÚDE **PREFEITURA**

REFERÊNCIA GARANTIDA NA UNIDADE BÁSICA APÓS ALTA DA MATERNIDADE

Teste do Pezinho • BCG • Apoio Aleitamento Materno • Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento • Consulta Pós-Natal

ACOLHIMENTO MÃE / BEBÊ
REFERÊNCIA GARANTIDA NA UNIDADE BÁSICA APÓS ALTA DA MATERNIDADE



O Hospital Maternidade Alexander Fleming

Encaminha a Sra
e seu bebê DNV
para serem acolhidos na(o)

Endereço

no dia / / RNR / / Prof.
das as horas Código

Procurar

RIO SAÚDE **PREFEITURA**

ESTE CARTÃO DEVE SER ENTREGUE NO POSTO DE SAÚDE

ROTEIRO DE ATIVIDADES DO ACOLHIMENTO MÃE – BEBÊ



SUBSECRETARIA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Nome da Unidade _____

Dados gerais de identificação

Nome mãe: _____ Idade: _____ Pront.: _____

Nome do pai: _____ Idade: _____

Nome do(a) RN: _____ Pront.: _____

Local do Parto: _____ Tipo de Parto: () Normal () fórcepe () cesáreo

Data parto: ___/___/___ Data alta: ___/___/___ Data acolhimento : ___/___/___

Registro de Nascimento: () Sim () Não

Avaliação do(a) RN

RNR (RN de Risco): () Sim Código: _____ () Não

Queixas: _____

Icterícia? () Sim () Não Lesão de pele: () Sim () Não

Coto umbilical: () secreção () eritema () sem alterações

Aleitamento materno: () somente leite materno(LM) () LM+ água, chá ou suco
() LM + outro leite () Somente outro leite

Avaliação da mamada: mamilos, pega e posição – Alterações: () Sim () Não

Quais: _____

Encaminhada para apoio ao AM? () Sim () Não Onde? _____

Vacinas aplicadas na maternidade: () BCG () Hepatite B

Pai tem contato com a criança? () Sim () Não

Quem ajuda você com o bebê? () Pai () Ninguém () Outro: _____

Avaliação da Mãe

Relação com o bebê: () tranquila () conflituosa

Relação com o parceiro: () tranquila () conflituosa

Queixas: _____

Boas condições gerais de saúde? () Sim () Não Por quê? _____

Cicatriz cirúrgica em boas condições? () Sim () Não - Febre?() sim () não

Sangramento normal? () Sim () Não

Evacuação e micção s/ alteração? () Sim () Não

Mamas com alteração? () Sim () Não - Qual? _____

Encaminhada para o planejamento familiar? () Sim () Não , por quê? _____

Fornecido método contraceptivo de espera? () Sim () Não

Desde que o bebê nasceu, você tem se sentido triste ou deprimida na maior parte do tempo? () Sim () Não

Desde que o bebê nasceu, você tem se sentido incapaz de sentir prazer nas atividades que antes eram prazerosas para você? () Sim () Não

Caso a paciente seja Rh (-), foi administrado imunoglobulina anti-Rh no pós-parto imediato?

() Sim () Não. Caso não, encaminhar com urgência para maternidade de origem.

Ações de saúde realizadas no acolhimento para o bebê

teste do pezinho BCG apoio aleitamento materno

Encaminhado para atendimento de urgência?

Sim, por que? _____ Não

Agendada consulta p/acompanhamento do crescimento/desenvolvimento ___/___/___

Outras? Quais? _____

Para a Mãe

recepção informação vacina para rubéola dT

retirada de pontos - data ___/___/___

Encaminhada para atendimento de urgência?

Sim, por que? _____ Não

Agendada consulta de puerpério para ___/___/___

Agendada na saúde bucal para ___/___/___

Se < 15anos: agendada consulta na Clínica de Adolescente? Sim ___/___/___ Não

Nome do Profissional _____ Categoria funcional _____

CRITÉRIOS DE RISCO UTILIZADOS NO SISTEMA

DE VIGILÂNCIA DO RECÉM-NATO DE RISCO

CÓDIGOS DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

- CÓD.15 - Idade Materna < 20 anos
- CÓD. 17 – Nenhum grau de instrução materna
- CÓD.25 - Idade Gestacional <37 ou > 42 semanas
- CÓD.26 - Gestação não única
- CÓD.27 - Tipo de parto – Fórceps ou outro
- CÓD.28 - Nenhuma consulta Pré-Natal
- CÓD.31 - Apgar no 5º minuto < 6
- CÓD.33 - Peso ao Nascer < 2500g
- CÓD. 98 -Sífilis Congênita
- CÓD. 99 -Outros

LOCAIS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

Amigas do Peito – 2285-7779 e 2205-7640(fax)

Bancos de Leite Humano:

- Hospital e Maternidade Oswaldo de Nazareth – 2509-8064 ou 2509-8035 (SOS MAMA – 24 horas)
- Instituto Municipal da Mulher Fernando de Magalhães – 2580-8343 R 256
- Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro – 3390-0180 R 220
- Hospital Maternidade Alexander Fleming – 2450-2716 R 180
- Hospital Maternidade Carmela Dutra – 2269-5446
- Instituto Fernandes Figueira – 2553-9662

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA À MÃE QUE TROUXE O BEBÊ MENOR DE 6 MESES PARA CONSULTA

Para todo questionário, preencher com dígitos **8** para não se aplica e com dígitos **9** para não informado.

PARTE I (esta parte da entrevista pode ser realizada antes da mãe ir para a consulta)

I. Identificação do questionário

1. Data da entrevista		_ _ _ / _ _ / _ _ _ _
2. N° do prontuário da criança		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3. Nome da Unidade de Saúde		
4. Entrevistador	Código	_ _ _
5. Supervisora		_ _ _
6. Revisado por		Data
7. Data da digitação		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _
8. Digitador		_ _ _

II. Identificação da mãe

Agora vou fazer algumas perguntas sobre você:

9. Hora de início da entrevista		_ _ _ : _ _ _
10. Qual é o seu nome completo (mãe)?		
11. Quantos anos você tem?		_ _ _
12. Qual é a data do seu nascimento?		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _
13. Qual é o seu endereço?		
14. Comunidade/ Bairro		15. Município
16. Você tem telefone(s) para contato?		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
0. Não Sim, qual (is)?		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
17. Você sabe ler e escrever?		18. Qual foi a última série que você completou na escola?
0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos		_ _ _ Série do Ensino 1. fundamental 2. médio 3. superior
		(0 = nunca estudou) (1º grau) (2º grau) (3º grau)
19. A sua cor ou raça é ... (ler as alternativas)		_ _
1. Branca 2. Preta 3. Parda(morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena		
20. A respeito da sua situação conjugal, você... (ler as alternativas)		_ _
1. Vive com companheiro		
2. Tem companheiro, mas não vive com ele (vá para a 22)		
3. Não tem companheiro (vá para a 22)		
21. Há quanto tempo vive com o companheiro?		_ _ _ meses _ _ _ anos
22. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro?(remunerado) 0. Não (vá para a 25) 1. Sim		_ _
23. Qual o seu trabalho atual? 1. Servidora pública 2. Empregada, não servidora pública		_ _
3. Autônoma (vá para a 25) 4. Empregadora (vá para a 25) 5. Aposentada (vá para a 25)		
24. Você tem carteira assinada?		0. Não 1. Sim
25. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscoite ou bolsa família?		_ _
26. Quantos quartos e salas, ao todo, tem a sua casa (sem contar banheiro, cozinha ou varanda)?		_ _ _

27. Na sua casa tem: a. rádio? 0. Não 1. Sim	a. <input type="checkbox"/>
b. geladeira ou freezer? 0. Não 1. Sim	b. <input type="checkbox"/>
c. videocassete ou DVD? 0. Não 1. Sim	c. <input type="checkbox"/>
d. máquina de lavar roupa? 0. Não 1. Sim	d. <input type="checkbox"/>
e. forno de microondas? 0. Não 1. Sim	e. <input type="checkbox"/>
f. linha de telefone (fixo)? 0. Não 1. Sim	f. <input type="checkbox"/>
g. computador? 0. Não 1. Sim	g. <input type="checkbox"/>

h. televisão? 0. Não Sim, quantas?	h. <input type="checkbox"/>
i. carro para uso particular? 0. Não Sim, quantos?	i. <input type="checkbox"/>
j. ar condicionado? 0. Não Sim, quantos?	j. <input type="checkbox"/>
28. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você e com o bebê?	<input type="text"/>
29. E quantas são menores de 5 anos, contando com o bebê?	<input type="text"/>
30. Você já teve algum aborto? 0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
31. Quantas vezes você já esteve grávida contando com esta gravidez? (incluir aborto) (se 1, preencha 01 na questão 32 e vá para o bloco III)	<input type="text"/>
32. Quantos filhos vivos você tem hoje, contando com o bebê? (se 1, vá para o bloco III)	<input type="text"/>
33. Você amamentou seu último filho antes desse bebê? 0. Não Sim, por quanto tempo? <input type="text"/> meses e <input type="text"/> dias	

III. Dados sobre o pré-natal

Agora vou perguntar sobre o pré-natal da gravidez desse bebê:

34. Você fez pré-natal? 0. Não (vá para o bloco IV) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
35. Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal?	<input type="text"/> meses
36. Quantas consultas de pré-natal você fez? (mais ou menos)	<input type="text"/>
37. Você fez pré-natal nesta mesma unidade de saúde? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

IV. Dados sobre o bebê

Agora vou perguntar sobre o seu bebê:

38. Qual é o nome completo do bebê?	<input type="text"/>
39. Sexo 1. Masculino 2. Feminino	<input type="checkbox"/>
40. Quem cuida do (a) (nome do bebê) a maior parte do tempo? 1. a própria 2. avô do bebê 3. irmão(ã) do bebê 4. pai do bebê 5. Outro. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
41. O (a) (nome do bebê) está na creche? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
42. Em que data o (a) (nome do bebê) nasceu? <input type="text"/>	
43. Onde o (a) (nome do bebê) nasceu? a) Nome do estabelecimento de saúde: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
----- b) Município: 1. Rio de Janeiro 2. Outro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
44. Foi de parto normal ou cesariana? 1. Normal 2. Cesariana	<input type="checkbox"/>
45. Com que peso o (a) (nome do bebê) nasceu? <input type="text"/> g	
46. O (a) (nome do bebê) já foi registrado (a)? 0. Não (vá para a 48) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
47. Aonde foi feito o registro do (a) (nome do bebê)? 1. Cartório da maternidade 2. Outro cartório	<input type="checkbox"/>
48. Você recebeu a caderneta de saúde da criança na maternidade? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

V. Aleitamento Materno

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a amamentação do(a) (nome do bebê)

49. O (a) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando <u>só</u> no peito? 0. Não 1. Sim (vá à questão 51)		<input type="checkbox"/>
50. Por que não estava só no peito? 1. Intercorrência materna _____ 2. Intercorrência com RN _____ 3. Prática hospitalar 4. Pouco leite/leite fraco/bebê não pegou 5. Outro _____ (em caso de mãe HIV+, marque 1 e vá para o bloco VI – acesso ao serviço de saúde)		<input type="checkbox"/>
51. Quando o (a) (nome do bebê) veio a esta Unidade de Saúde pela primeira vez, mamava no peito? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
52. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) mamou no peito? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
53. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou outro leite? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
54. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou água, chá ou suco? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
55. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) recebeu outro alimento? (além dos perguntados anteriormente, incluindo derivados do leite) 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
Se a resposta da 53 foi (1), marque (1) na 56 a) e pergunte a 56 b).		<input type="checkbox"/> meses e <input type="checkbox"/> dias
56. a) Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já tomou outro tipo de leite? 0. Não (vá para 56 c) 1. Sim	<input type="checkbox"/>	
Se a resposta da 54 foi (1), marque (1) na 56 c) e pergunte a 56 d).		<input type="checkbox"/> meses e <input type="checkbox"/> dias
56. c) Desde que o(a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já tomou água, chá, ou suco? 0. Não (vá para 56 e) 1. Sim	<input type="checkbox"/>	
Se a resposta da 55 foi (1), marque (1) na 56 e) e pergunte a 56 f).		<input type="checkbox"/> meses e <input type="checkbox"/> dias
56. e) Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já recebeu outro alimento? (além dos perguntados antes) 0. Não (vá para a 57) 1. Sim	<input type="checkbox"/>	

VI. Acesso ao serviço de saúde:

Agora gostaria de saber sobre o acompanhamento do seu bebê.

57. Na maternidade falaram que você deveria procurar a unidade de saúde mais próxima da sua casa para levar o (a)(nome do bebê)? 0. Não Sim. Com até quantos dias de vida?		<input type="checkbox"/> dias
58. Você recebeu, na maternidade, um cartão de acolhimento mãe-bebê marcando para você ir com o (a) (nome do bebê) em uma unidade básica de saúde? 0. Não (vá para a 62) 1. Sim, para esta unidade 2. Sim, para outra unidade		<input type="checkbox"/>
59. No cartão estava marcada.... (ler as alternativas)		
a. A data em que você deveria procurar a unidade básica de saúde? 0. Não Sim <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
b. A hora do atendimento? 0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>		
c. O profissional que deveria procurar para ser atendida? 0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>		
60. Você conseguiu ir à unidade de saúde na data marcada? 0. Não (vá à questão 62) 1. Sim		<input type="checkbox"/>
61. Você conseguiu ser atendida na unidade de saúde na data marcada? 0. Não 1. Sim, nesta unidade 2. Sim, em outra unidade		<input type="checkbox"/>
62. Em que data você trouxe o (nome do bebê), pela primeira vez, nesta unidade de saúde? Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Idade do bebê <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> dias		
63. No primeiro dia que você trouxe o(a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde ele (a) foi vacinado (a) com a vacina BCG? 0. Não 1. Sim 2. Não, mas já tinha sido vacinado na maternidade 3. Não, mas já tinha sido vacinado em outra unidade de saúde		<input type="checkbox"/>
64. Neste mesmo dia, o(a) (nome do bebê) foi vacinado com a vacina de hepatite? 0. Não 1. Sim 2. Não, mas já tinha sido vacinado na maternidade 3. Não, mas já tinha sido vacinado em outra unidade de saúde		<input type="checkbox"/>
65. No primeiro dia que você trouxe o(a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde você recebeu orientação sobre amamentação? 0. Não 1. Sim 2. Não, mas foi marcada palestra		<input type="checkbox"/>

66. Neste mesmo dia pesaram o(a) (nome do bebê) ?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
67. No primeiro dia que você trouxe o(a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde foi marcada a consulta de acompanhamento com o pediatra?	0. Não 1. Sim. Para qual data? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
68. Neste mesmo dia foi feito o teste do pezinho? 0. Não 1. Sim (preencha a questão 69 com base na data do primeiro dia que o bebê veio à unidade de saúde - questão 62 - e vá para a 70)		<input type="text"/>
69. Com que idade o teste do pezinho foi feito? 0. Não foi feito 1. Com até 7 dias 2. Com 8 a 14 dias 3. Com 15 dias ou mais		<input type="text"/>
70. A quantas consultas o(a) (nome do bebê) já veio nesta Unidade, <u>sem contar a consulta de hoje, nem o acolhimento?</u>		<input type="text"/>
71. Você tem alguma dificuldade para trazer o (a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde? 0. Não (vá para a 73) 1. Sim		<input type="text"/>
72. Qual dificuldade? Marque (para cada item) 0. Não 1. Sim		
a. Não tem dinheiro		a. <input type="text"/>
b. O local de atendimento é distante ou de difícil acesso		b. <input type="text"/>
c. Dificuldade de transporte		c. <input type="text"/>
d. Horário incompatível		d. <input type="text"/>
e. O atendimento é muito demorado		e. <input type="text"/>
f. Não tem quem a acompanhe		f. <input type="text"/>
g. Greve nos serviços de saúde		g. <input type="text"/>
h. Outro motivo . Qual?		h. <input type="text"/>
73. Você já levou o (a) (nome do bebê) em outro serviço de saúde? 0. Não (vá para o bloco VII) 1. Sim		<input type="text"/>
74. Onde? 1. No hospital 2. Em consultório particular 3. Em outra unidade básica		<input type="text"/>

Agora, vamos ter que interromper a entrevista, pois as próximas perguntas só podem ser feitas após a consulta do bebê. Vou esperar, então, você voltar do atendimento para terminarmos a entrevista.

Horário de término da Parte I :

Horário de Início da Parte II :

Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g Data <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g Data <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
84. PERÍMETRO CEFÁLICO. Verificando o gráfico, onde está localizado o perímetro de hoje? Modelo 1 (pág. 44-meninas e 45-meninos); Modelo 2 e 3 (pág. 17); Modelos 4 e 5 (pág. 13); se modelos 6, 7, 8 e 9 vá para a questão 85. 0. Não marcado 1. > percentil 90 2. \geq percentil 10 e \leq 90 3. <percentil 10	<input type="checkbox"/>
85. DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ. Verificar na caderneta/cartão se há alguma anotação. Modelo 1 (pág. 30 a 32), Modelos 2 e 3 (pág. 23 e 24); Modelos 4 e 5 (pág. 16 e 17); Modelos 6, 7, 8 e 9 (Verso do gráfico); 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>

IX. Aleitamento Materno (em caso de mãe HIV+ , vá para o bloco X –Imunização)

Agora vou fazer algumas perguntas sobre amamentação

86. Aqui nesta unidade, depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, falaram com você sobre amamentação? 0. Não (vá a questão 88) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
87. Depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, falaram com você sobre amamentação... (ler as alternativas) a. na consulta? 0. Não 1. Sim b. em grupo? 0. Não 1. Sim c. durante visita à sua casa? 0. Não 1. Sim d. de outro jeito	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>
88. Aqui nesta unidade, depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, mostraram como colocar o bebê no peito para mamar? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
89. Aqui nesta unidade, depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, explicaram que o bebê deve mamar quando quiser? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
90. E explicaram como tirar o leite de peito com as mãos, se precisar? (ordenha manual) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
91. Aqui nesta unidade, depois que o(a) (nome do bebê) nasceu, falaram que não se deve dar mamadeira ao bebê? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
92. E falaram até quando o bebê deve mamar <u>só</u> no peito? 0. Não Sim. Até quantos meses?	<input type="checkbox"/>
93. Você acha que esta Unidade de Saúde está ajudando (ou ajudou) você a amamentar? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>

X-Imunização:

Gostaria de lhe perguntar sobre as vacinas do(a) (nome do bebê)

94. As vacinas do (a) (nome do bebê) estão em dia? 0. Não 1. Sim (Se não trouxe a caderneta de saúde, vá para o bloco XI)	<input type="checkbox"/>																		
95. Olhar na caderneta da criança as vacinas que já foram tomadas. Marque (0) para Não e (1) para Sim, de acordo com o observado. Modelo 1 (páginas 78 e 79), Modelos 2 e 3 (páginas 32 e 33); Modelos 4 e 5 (páginas 24 e 25); Modelos 6, 7, 8 e 9 (quadro de vacina).																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dose/ Vacinas</th> <th>a) BCG</th> <th>b) Hepatite B</th> <th>c) Anti-Pólio (VOP)</th> <th>d) Tetravalente (DPT + Hib)</th> <th>e) Rotavírus (VORH)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1ª Dose</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2ª Dose</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Dose/ Vacinas	a) BCG	b) Hepatite B	c) Anti-Pólio (VOP)	d) Tetravalente (DPT + Hib)	e) Rotavírus (VORH)	1ª Dose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2ª Dose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Dose/ Vacinas	a) BCG	b) Hepatite B	c) Anti-Pólio (VOP)	d) Tetravalente (DPT + Hib)	e) Rotavírus (VORH)														
1ª Dose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
2ª Dose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		

ATENÇÃO: DEVOLVA O CARTÃO PARA A MÃE!

XI -Problemas de Saúde:

Agora gostaria de saber sobre problemas de saúde do(a) (nome do bebê)

Problemas de saúde	0. Não 1.Sim	Há quanto tempo está com esse problema de saúde? (em dias)	O que foi recomendado para o(a) (nome do bebê) na consulta?
96. O (a) (nome do bebê) está com tosse ou dificuldade de respirar?	a) <input type="checkbox"/> Se não, vá para 97	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
97. O (a) (nome do bebê) está com febre?	a) <input type="checkbox"/> Se não, vá para 98	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

98. O (a) (nome do bebê) está com problema de ouvido?	a) <input type="checkbox"/> Se não, vá para 99	b) <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. O (a) (nome do bebê) está com diarreia?	a) <input type="checkbox"/> Se não, vá para 100	b) <input type="checkbox"/>	c) 0. Nada 1. Soro oral /caseiro 2. Aleitamento materno exclusivo 3. Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
100. O (a) (nome do bebê) está com algum outro problema de saúde? 0. Não 1. Sim . Qual? _____				<input type="checkbox"/>
101. E desde que nasceu, o (a) (nome do bebê) já teve outro problema de saúde? (além dos atuais) 0. Não (vá para a questão 105) 1.Sim. Qual(is)? _____				<input type="checkbox"/>
102. Quando ele (a) teve [o(s) problema(s) citado (s) na questão 101], você procurou algum serviço de saúde? 0. Não 1. Sim (vá para a questão 104)				<input type="checkbox"/>
103. Por que motivo não procurou o serviço de saúde? Marque (para cada item) 0. Não 1. Sim				
a. Não houve necessidade				a. <input type="checkbox"/>
b. Não tinha dinheiro				b. <input type="checkbox"/>
c. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso				c. <input type="checkbox"/>
d. Dificuldade de transporte				d. <input type="checkbox"/>
e. Horário incompatível				e. <input type="checkbox"/>
f. O atendimento é muito demorado				f. <input type="checkbox"/>
g. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades				g. <input type="checkbox"/>
h. Não tinha quem a acompanhasse				h. <input type="checkbox"/>
i. Não gostava dos profissionais do estabelecimento				i. <input type="checkbox"/>
j. Greve nos serviços de saúde				j. <input type="checkbox"/>
k. Outro motivo . Qual? _____				k. <input type="checkbox"/>
Ao final desta questão, vá para a questão 105.				
104. Qual serviço você procurou? 1. Esse mesmo 2. Outra unidade básica 3.Consultório particular 4. Hospital 5. Pronto Socorro (emergência) 6. Outro _____				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
105. O (a) (nome do bebê) já esteve internado alguma vez? 0. Não (vá para o bloco XII) 1.Sim				<input type="checkbox"/>
106. Por qual motivo? 1. Pneumonia 2. Diarreia 3. Outro _____				<input type="checkbox"/>

XII. Informações sobre o acompanhamento do bebê

Agora me responda, por favor, algumas informações, sobre o acompanhamento do(a) (nome do bebê) nesta unidade de saúde:

107. O médico (ou enfermeira) que está consultando o (a) (nome do bebê) nesta Unidade é sempre o mesmo? (ler as alternativas até a nº 3) 1. Sim 2. Às vezes o mesmo 3. Nunca o mesmo 4. Só foi a uma consulta	<input type="checkbox"/>
108. Já foi marcada uma nova consulta para o (a) (nome do bebê)? 0. Não (vá à questão 110) 1. Sim 2. Não, vai ser marcada hoje (vá à questão 110)	<input type="checkbox"/>
109. Para quando foi marcada a consulta? / /	
110. Você acha que nesta Unidade de Saúde eles escutam o que você tem a dizer sobre o bebê? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>
111. Você diria que o acompanhamento do (a) (nome do bebê) nesta Unidade está sendo (ler as alternativas): 1. Ótimo 2. Bom 3. Mais ou menos 4. Ruim 5. Péssimo	<input type="checkbox"/>
112. Por que?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bloco XIII: Violência entre Parceiros Íntimos (apenas para mães que tem companheiro atualmente)

(em caso de mãe sem companheiro – questão 20, resposta 3 - vá para o bloco XIV)

Instruções: 0 → Não; 1 → Sim, uma vez; 2 → Sim, mais de uma vez.

Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho com você sobre as maneiras que os casais usam para resolver suas diferenças. Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes que um discorda do outro, se chateia com o outro, discutem e se agridem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer.

Por favor, eu gostaria de saber se você e seu companheiro fizeram cada uma dessas coisas desde o nascimento do (a) (**nome do bebê**).

<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)....</i>		
113.	Você mostrou que se importava com seu companheiro, mesmo que vocês estivessem discordando?	113 _ _
114.	Seu companheiro mostrou que se importava com você, mesmo que vocês estivessem discordando?	114 _ _
115.	Você explicou para seu companheiro o que você não concordava com ele?	115 _ _
116.	Seu companheiro explicou para você o que ele não concordava com você?	116 _ _
117.	Você insultou ou xingou o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	117 _ _
118.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	118 _ _
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)....</i>		
119.	Você jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machucá-lo? Isso aconteceu mais de uma vez?	119 _ _
120.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	120 _ _
121.	Você torceu o braço do seu companheiro ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	121 _ _
122.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	122 _ _
123.	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	123 _ _
124.	Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	124 _ _
125.	Você deu um empurrão no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	125 _ _
126.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	126 _ _
127.	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	127 _ _
128.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	128 _ _
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)....</i>		
129.	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez?	129 _ _
130.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	130 _ _
131.	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	131 _ _
132.	Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	132 _ _
133.	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	133 _ _
134.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	134 _ _
135.	Você gritou ou berrou com o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	135 _ _
136.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	136 _ _
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)....</i>		
137.	Você jogou o seu companheiro contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	137 _ _
138.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	138 _ _
139.	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	139 _ _
140.	Seu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	140 _ _
141.	Você deu uma surra no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	141 _ _
142.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	142 _ _
143.	Você segurou o seu companheiro com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	143 _ _
144.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	144 _ _
145.	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?	145 _ _
146.	Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	146 _ _

<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)...</i>		
147.	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	147 _ _
148.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	148 _ _
149.	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou discordâncias?	149 _ _
150.	Seu companheiro fez isso?	150 _ _
151.	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	151 _ _
152.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	152 _ _
153.	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	153 _ _
154.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	154 _ _
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, após o nascimento do(a) (nome do bebê)...</i>		
155.	Você chutou o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	155 _ _
156.	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	156 _ _
157.	Você queimou seu companheiro com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito?	157 _ _
158.	Seu companheiro fez isso com você?	158 _ _

159.	E aqui no Posto, alguém já conversou com você sobre estas coisas de violência? 0. Não (vá para o bloco XIV) 1. Sim	_ _
160.	Conversaram com você sobre estas coisas de violência... (ler as alternativas) a. na consulta? 0. Não 1. Sim b. em grupo? 0. Não 1. Sim c. durante visita à sua casa? 0. Não 1. Sim d. de outro jeito _____	a. _ _ b. _ _ c. _ _ d. _ _

XIV. Opinião da entrevistada:

161. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 0. Não 1. Sim. (escrever o que for relatado)	_ _
---	-----

Muito Obrigado(a).

XV. Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista

162. Hora de término da entrevista	_ _ : _ _
163. A cooperação da entrevistada foi: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca	_ _
Observações:	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) _____

you are being invited to participate in the research project: "Evaluation of the quality of care for children under six months of age provided by basic units of the Unique Health System of the Municipality of Rio de Janeiro", of responsibility of FIOCRUZ.

The study intends to evaluate how children under 6 months of age are being attended in health units.

Your participation will contribute to the improvement of the quality of care for children, without any risk involved.

We would like to ask for your consent to do an interview, when questions will be asked about you and your baby and about how your baby was attended in this health unit. Your answers will be recorded in a form. We would also like to ask for your consent to consult your child's medical record.

Your answers will be kept confidential, and your name will not be disclosed. You have the right to ask for other clarifications about the research and to refuse to participate.

I declare to have been informed and agree to participate, as a volunteer, in this research.

Assinatura da entrevistada

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____ Entrevistador _____ |__|__|

Para esclarecimentos, entrar em contato com:

Dra. Maria do Carmo Leal ou Dra. Silvana Granado

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 808, Manguinhos. Tel: 2598 2621 ou 2598 2620.

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

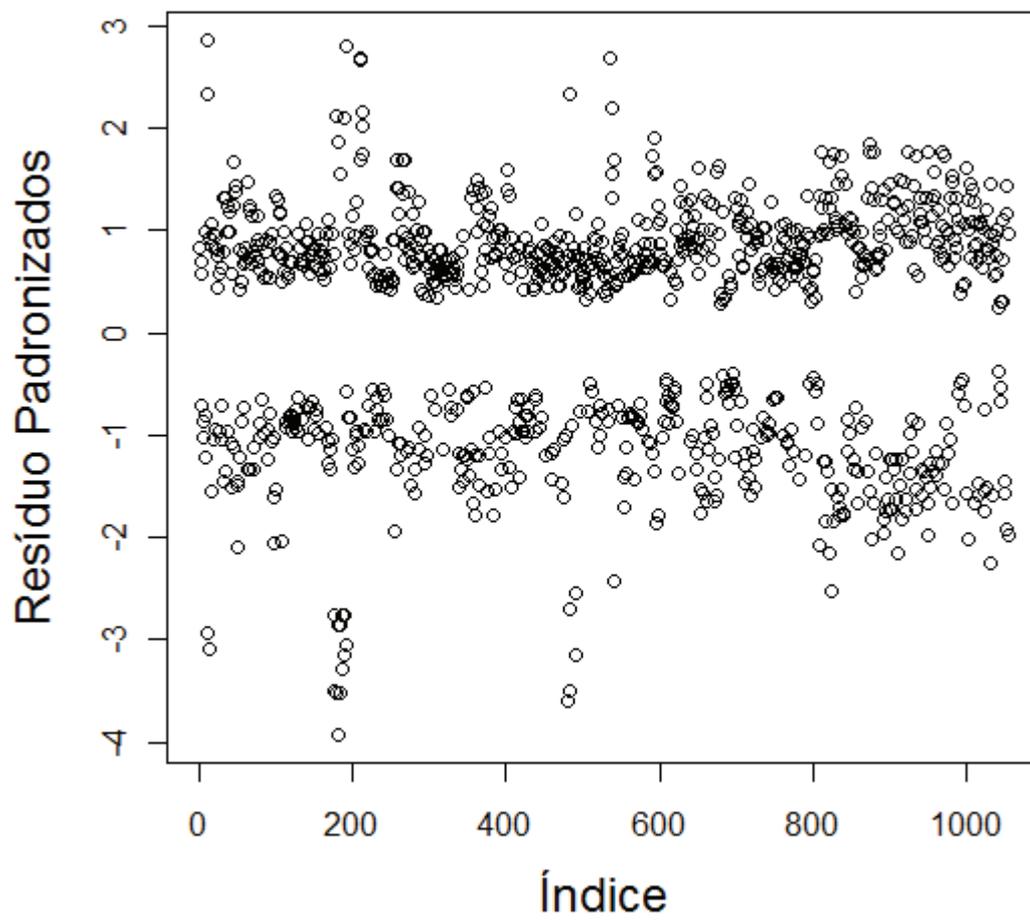
Tel e Fax - (21) 2598-2863 E-Mail : cep@ensp.fiocruz.br

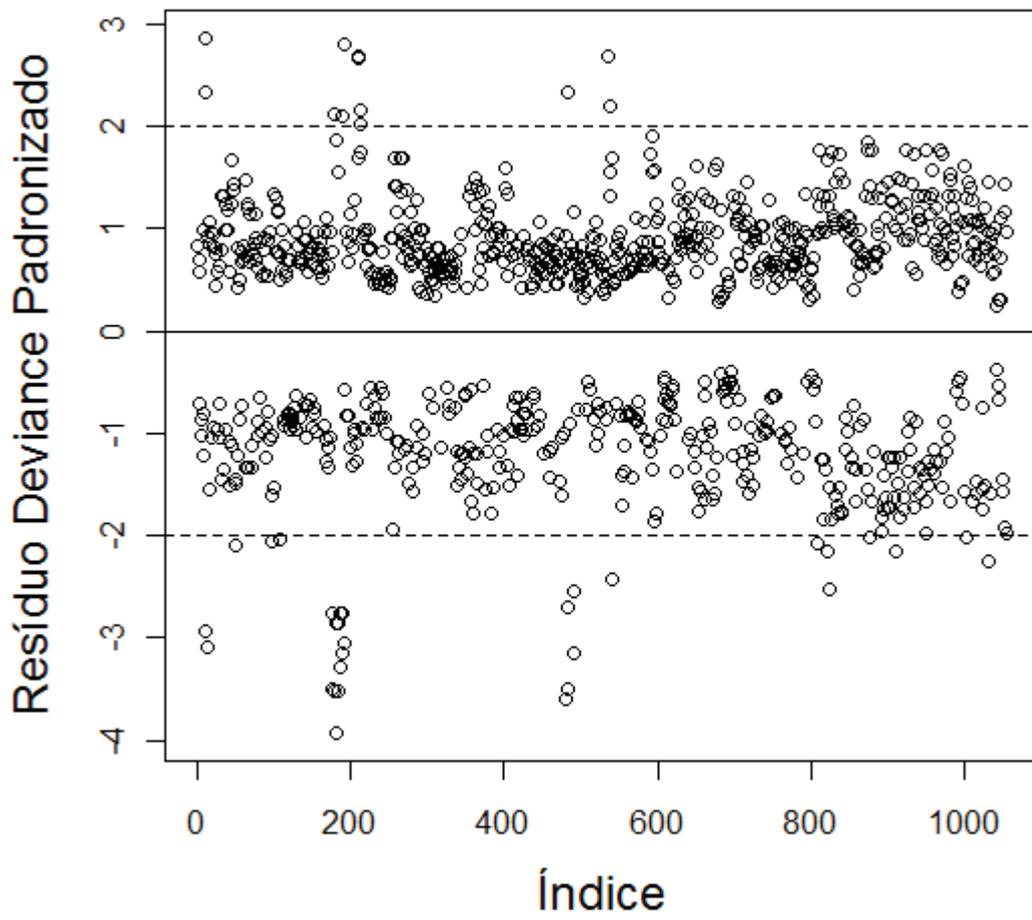
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

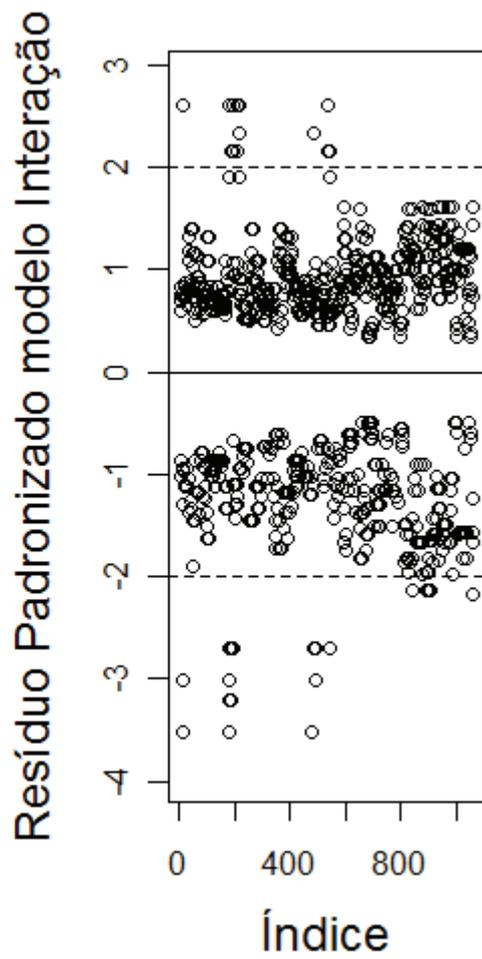
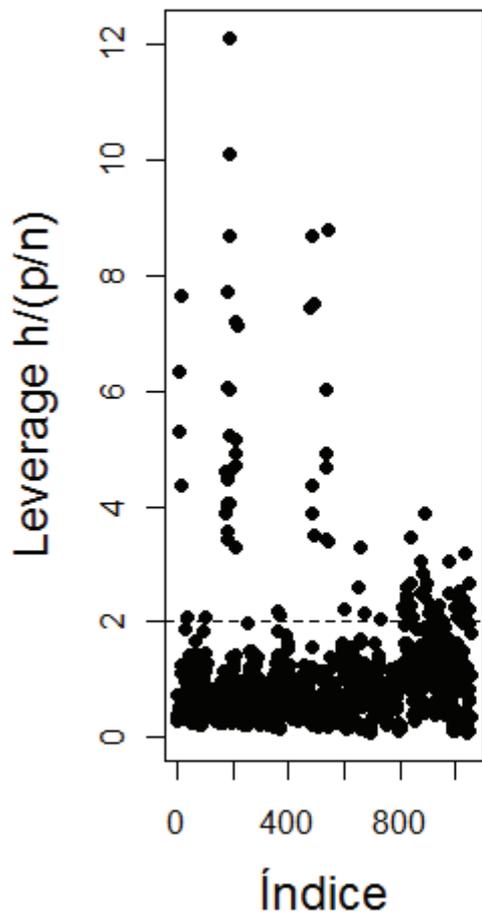
O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ: Rua Afonso Cavalcanti 455/601.

GRÁFICOS DOS RESÍDUOS







Cook's Distance

