

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ACOMPANHAMENTO À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO POR  
MEIO DE PROTOCOLO**

**Rosa Mari Garcia Martins**

Lagoa Santa - Minas Gerais

2013

Rosa Mari Garcia Martins

**ACOMPANHAMENTO À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO POR MEIO DE  
PROTOCOLO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Roselane da Conceição Lomeo

**Lagoa Santa - Minas Gerais**

**2013**

**ROSA MARI GARCIA MARTINS**

**ACOMPANHAMENTO À PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO ATRAVÉS  
DE PROTOCOLO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Roselane da Conceição Lomeo

Banca examinadora

Profa. Roselane da Conceição Lomeo – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em; 06/07/2013

Dedico este trabalho a uma pessoa muito especial em minha vida, o meu marido, que sempre me ajudou nos momentos difíceis me incentivando para continuar, me ensinando a seguir em frente mesmo quando surgiram obstáculos em meu caminho. Obrigada por estar sempre ao meu lado.

Aos meus filhos e minha netinha querida que me descontraíram quando tudo parecia difícil. Amo muito todos vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus pela sua infinita misericórdia.

À minha orientadora Roselane, pela paciência e esforço dedicado nos momentos que me auxiliou.

Às Agentes Comunitárias de Saúde da Equipe Azul e a todos os profissionais do Centro de Saúde Venda Nova cujas informações transmitidas foram imprescindíveis para a elaboração do estudo.

Também agradeço aos profissionais do Distrito de Venda Nova que por meio de sua ajuda contribuíram muito para a realização deste trabalho.

À minha amiga Maria Inêz que me inspirava nos momentos em que parecia tudo perdido.

## RESUMO

A visita domiciliar na atenção primária à saúde se deu com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois representa o principal instrumento de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizam, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente em sua área de atuação, variando a quantidade de visitas por residência em função das condições de saúde de seus habitantes e da existência de crianças, gestantes, e puérperas as quais recebem atenção especial, por comporem grupos prioritários. A partir do diagnóstico situacional realizado pela Equipe Azul da Unidade Básica de Saúde de Venda Nova foram identificados os problemas mais relevantes existentes na comunidade e priorizou-se o acompanhamento à puérpera e recém-nascido por meio da visita domiciliar sistematizada. O objetivo deste trabalho foi elaborar um protocolo de visita domiciliar às puérperas e aos recém-nascidos. Para dar embasamento teórico ao protocolo foram revisadas as publicações na literatura científica sobre o assunto. Espera-se que a elaboração do protocolo favoreça a equipe de saúde da UBS Centro de Saúde Venda Nova, quanto ao registro das puérperas e dos recém-nascidos, por meio da busca ativa, tornando o registro mais confiável sobre a real situação dessa clientela.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Visita domiciliar. Puérpera. Recém-nascido.

## **ABSTRACT**

Home visit in primary care has been established through the implementation of the Family Health Strategy (FHS) and it represents the main working tool of Community Health Agents (CHA) who perform, at least, a monthly visit to each family residing in its working area, varying the amount of visits per household depending on the health of its inhabitants and the existence of children and pregnant women, which receive special attention as they compose priority groups. From the situational analysis conducted by Equipe Azul of the Unidade Básica de Saúde de Venda Nova problems were identified more relevant in the community and giving priority to monitoring the postpartum and newborn through systematic home visits. The aim of this study was to develop a protocol for home visits to postpartum women and their newborns. To give theoretical basement to the protocol were reviewed publications in the scientific literature on the subject. It is expected that the development of the protocol favors the health team UBS Centro de Saúde Venda, as the record of the mothers and newborns, through active search, making the record more confident about the real situation of this clientele.

**Keywords:** Primary Health Care. Home care. Postpartum. Newborn.

## LISTA DE ABREVIATURAS

|      |                                    |
|------|------------------------------------|
| ACS  | Agentes Comunitários de Saúde      |
| AE   | Auxiliar de Enfermagem             |
| AME  | Aleitamento Materno Exclusivo      |
| CAC  | Centro de Apoio e Convivência      |
| ESF  | Estratégia Saúde da Família        |
| MS   | Ministério da Saúde                |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS  | Organização Mundial de Saúde       |
| RN   | Recém-Nascidos                     |
| SF   | Saúde da Família                   |
| USB  | Unidade Básica de Saúde            |
| VD   | Visita Domiciliar                  |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| FIGURA 1  | Área de abrangência .....   | 14 |
| FIGURA 2  | Fluxograma da visita domiciliar às puérperas e RN .....   | 38 |
| GRÁFICO 1 | Problemas de saúde mais prevalentes na população adscrita da equipe Azul lotada no Centro de Venda Nova, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012 .....   | 15 |
| GRÁFICO 2 | Dados demográficos da população da área de abrangência da Equipe Azul lotada no Centro de saúde Venda Nova, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012..... | 16 |
| QUADRO 1  | Caracterização do problema e plano de intervenção .....   | 35 |
| QUADRO 2  | Protocolo de organização de serviço.....  | 36 |

## SUMÁRIO

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | INTRODUÇÃO .....  | 10 |
| 2     | JUSTIFICATIVA .....   | 12 |
| 2.1   | Caracterização da área de abrangência da Equipe Azul .....      | 13 |
| 2.2   | Aspectos socioeconômicos .....                                  | 14 |
| 2.3   | Aspectos epidemiológicos.....                                   | 14 |
| 2.4   | Aspectos demográficos .....                                     | 15 |
| 2.5   | Problemas identificados .....                                   | 16 |
| 3     | OBJETIVO.....   | 18 |
| 4     | PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....                                 | 18 |
| 5     | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....                                      | 19 |
| 5.1   | Visita domiciliar .....   | 19 |
| 5.1.1 | Visita domiciliar no puerpério .....                            | 20 |
| 5.1.2 | Importância do aleitamento materno.....                         | 22 |
| 5.1.3 | Cuidados com o RN .....   | 25 |
| 5.1.4 | Planejamento familiar e técnicas de controle da natalidade..... | 28 |
| 6     | PROTOCOLO ASSISTENCIAL: linhas gerais.....                      | 31 |
| 6.1   | Protocolo de visitas domiciliares .....                         | 33 |
| 6.2   | Identificação da população alvo .....                           | 34 |
| 6.3   | Protocolo baseado em problemas.....                             | 36 |
| 6.4   | Visitas domiciliares da Equipe Azul.....                        | 39 |
| 7     | CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                      | 40 |
|       | REFERÊNCIAS.....  | 41 |
|       | APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE VISITA DOMICILIAR .....              | 44 |

## 1 INTRODUÇÃO

A visita domiciliar na atenção primária à saúde vem se consolidando com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e representa o principal instrumento de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizam, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente em sua área de atuação, variando a quantidade de visitas por residência em função das condições de saúde de seus habitantes e da existência de crianças, gestantes, e puérperas as quais recebem atenção especial, por comporem grupos prioritários.

A partir do diagnóstico situacional realizado pela Equipe Azul da Unidade Básica de Saúde de Venda Nova quando cursei a disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) foram identificados os problemas mais relevantes existentes na comunidade e priorizou-se trabalhar com o acompanhamento à puérpera e recém-nascido por meio da visita domiciliar sistematizada, por serem grupos vulneráveis dentro de uma classificação de risco. Apesar do acompanhamento a puérpera e ao recém-nascido ser uma demanda constante na Unidade.

Considerando ser a criança e a puérpera grupos prioritários para acompanhamento pelos serviços de saúde, pelas taxas de morbimortalidade que ainda acometem as mesmas.

As crianças são aquelas que mais frequentam os serviços de saúde, seja para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento ou para controle de algumas enfermidades comum da infância. Quanto a puérpera esta não busca o serviço com frequência, só está presente quando o serviço oferta alguma ação de planejamento familiar.

Para a integração desses grupos é necessário que o serviço faça busca ativa na comunidade e ofereça ações de saúde que facilite a permanência dos mesmos no serviço.

A visita domiciliar é, portanto, a ferramenta de eleição para captar esses grupos para o serviço e ainda fornecer a equipe de saúde subsídios sobre as condições socioeconômicas das famílias residentes nos territórios cobertos pelas equipes de saúde da família.

Portanto, este trabalho traz a proposta de um protocolo de visita domiciliar para o RN e a puérpera residentes no território da equipe Azul.

## 2 JUSTIFICATIVA

O Centro de Saúde Venda Nova está situado na Rua João Ferreira da Silva, nº 285, bairro Paraúna, na cidade de Belo Horizonte. Para o desempenho das atividades diárias de saúde, o referido Centro conta com seis equipes de saúde da família.

O Centro de Saúde funcionou, por aproximadamente 25 anos, em um local cedido pelo Centro de Apoio e Convivência (CAC). O novo Centro de Saúde foi inaugurado em 15 de abril de 2007, oferecendo maior espaço físico para melhor atender à demanda estipulada em até 22 mil pessoas.

Entre as seis equipes, a Equipe Azul foi selecionada para este trabalho. Sua área de abrangência está localizada ao norte do Centro de Saúde de Venda Nova, fazendo divisa com os bairros, Rio Branco, Mantiqueira e Jardim Europa, e é responsável por cinco microáreas com um total de 4.781 pessoas e 1.552 famílias.

A equipe, atualmente, está composta por um profissional médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião-dentista, um técnico de saúde bucal e uma auxiliar de saúde bucal, além das equipes complementares da saúde mental e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A unidade também conta com uma ginecologista, um médico de apoio, homeopata e pediatra.

A equipe atende a comunidade adstrita através das visitas domiciliares, consultas médicas, consultas de enfermagem, odontológicas, grupo operativo de hipertensos e diabéticos, acolhimento da demanda espontânea, agendamento de consultas e exames.

O Centro de Saúde Venda Nova conta com oito consultórios médicos, um consultório odontológico, duas salas destinadas para as equipes realizarem o acolhimento, uma sala de observação, curativo, vacinas, sala de espera, recepção, dois sanitários para o público e um para deficientes físicos, banheiro para funcionários, sala de utilidades/apoio à esterilização, sala de coleta de material biológico, farmácia, refeitório, sala da administração, gerência, sala de reuniões,

almoxarifado, área de depósito de materiais de limpeza, abrigo de resíduos sólidos (expurgo), depósito de lixo, e estacionamento exclusivo para os funcionários da unidade.

Por meio do diagnóstico situacional, a equipe de saúde, em parceria com os usuários levantam os dados necessários para planejar ações a serem desenvolvidas com os moradores, abrindo assim uma maior aproximação entre a equipe e a comunidade.

Apesar da existência de agenda programada para a oferta de serviços de saúde percebe-se que esta parcela da população não tem uma cobertura adequada

## **2.1 Caracterização da área de abrangência da Equipe Azul**

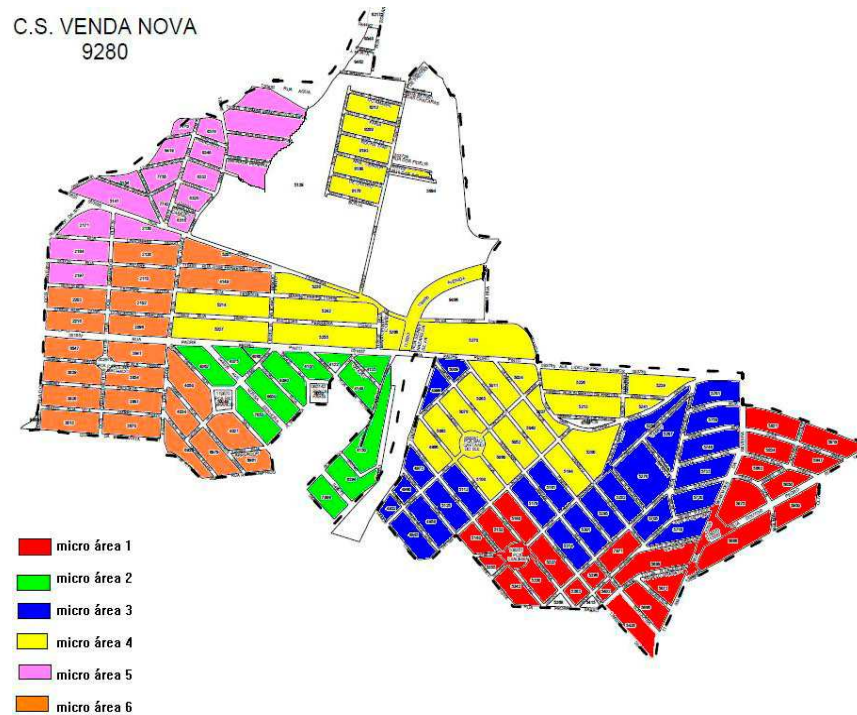
### **Aspectos ambientais**

A área de abrangência da equipe azul possui moradias de alvenaria com saneamento básico, rede de água fornecida pela COPASA, rede elétrica e de telefonia.

Sua topografia apresenta ruas planas e também de alto relevo. As ruas possuem iluminação pública e são 100% asfaltadas. O lixo é coletado três vezes por semana pela prefeitura e não possui coleta seletiva.

Na Figura 1 pode-se visualizar a divisão das áreas de abrangência das equipes de saúde da família que atendem no Centro de Saúde Venda Nova.

**FIGURA 1** - Área de abrangência das equipes de saúde da família que atendem no Centro de Saúde de Venda Nova do município de Belo Horizonte – Minas Gerais, 2012.



Fonte: Arquivo da Equipe Azul.

Nota: a região demarcada em azul refere-se à área de abrangência da Equipe Azul

## 2.2 Aspectos socioeconômicos

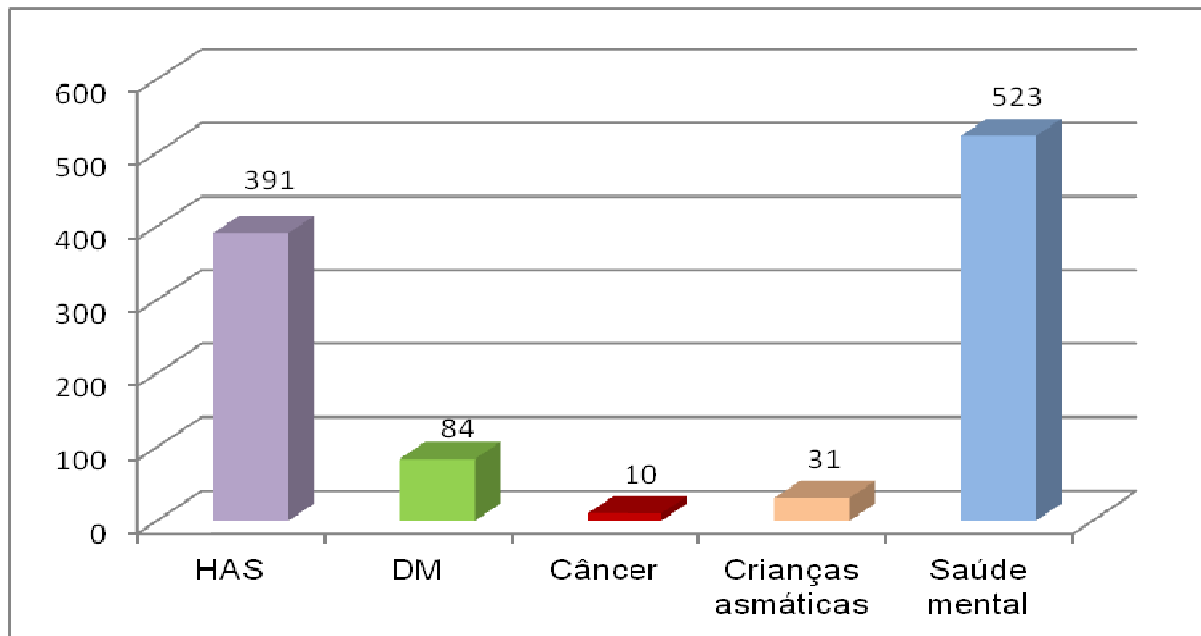
Na área de abrangência da Equipe Azul tem cinco escolas municipais, duas estaduais e uma creche. A média de renda familiar dos moradores é de dois salários mínimos. O bairro possui várias áreas de comércio, como bares, sacolões, padarias, restaurantes, academias, entre outros.

## 2.3 Aspectos epidemiológicos

A hipertensão e a diabetes são as doenças prevalentes na área, mas apenas uma parcela mínima da população, aquela que dispõe de plano de saúde, não procura a

UBS para acompanhamento. No ano em curso foram diagnosticados 391 indivíduos com hipertensão e 84 com diabetes, e por cálculo progressivo estima-se um aumento de 10% dessas doenças na área devido à falta de recurso para arcar com o pagamento do plano de saúde e do estresse do dia a dia. No Gráfico 1 destaca-se os dados referentes aos problemas de saúde da população, mais prevalentes, na área de abrangência da Equipe Azul.

**GRÁFICO 1** - Problemas de saúde mais prevalentes na população adscrita da equipe Azul lotada no Centro de Venda Nova, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012



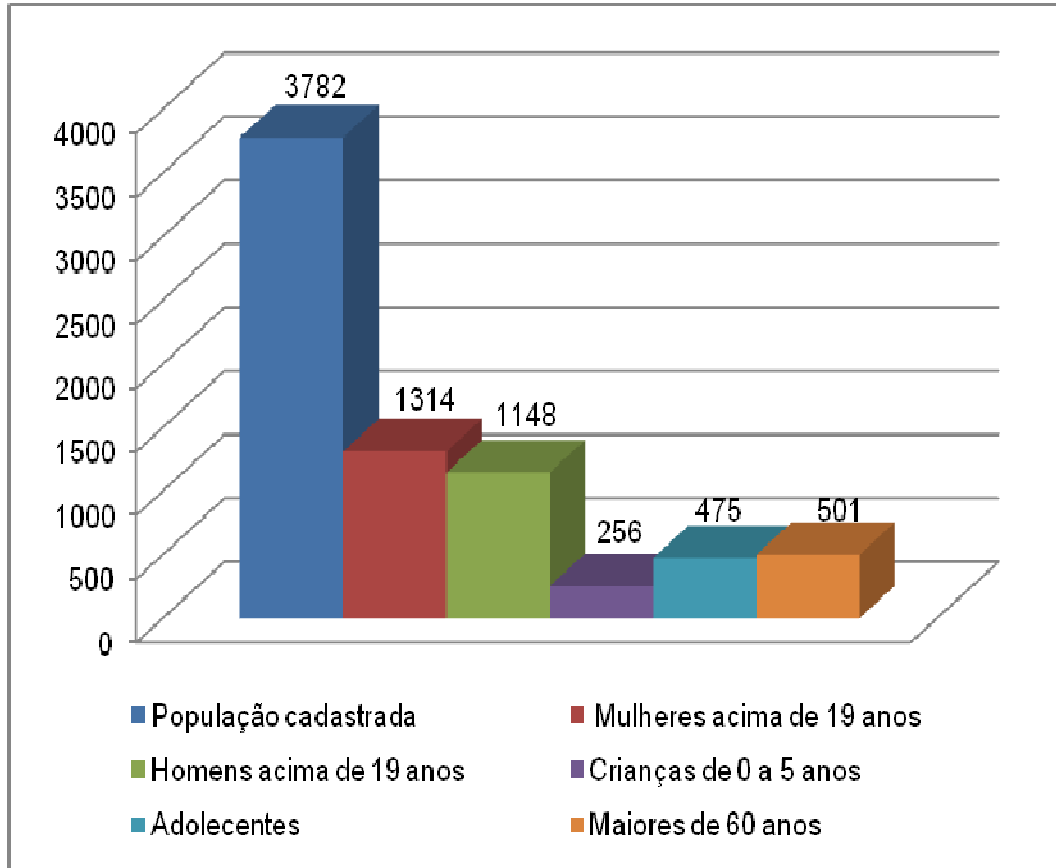
Fonte: <http://gestaosus.pbh/critrise/metalframexp>

#### 2.4 Aspectos demográficos

Estão cadastradas na equipe Azul 1.552 famílias correspondendo a um total de 3.782 indivíduos. Este quantitativo está superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde para ser coberto por uma equipe de saúde da família.

O Gráfico 2 apresenta dados demográficos da população da área de abrangência da Equipe Azul lotada no Centro de saúde Venda Nova, do município de Belo Horizonte.

**Gráfico 2** – Dados demográficos da população da área de abrangência da Equipe Azul lotada no Centro de saúde Venda Nova, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012



Fonte: <http://gestaosus.pbh.critrise/metalframexp>

## 2.5 Problemas identificados

A Equipe Azul do Centro de Saúde Venda Nova depara-se atualmente com um problema que carece de resolução rápida, por tratar-se de uma situação em que a presença da enfermagem é de suma importância. A demanda excessiva de trabalho na equipe citada, ocasionada pela grande população atendida, tem dificultado as visitas domiciliares da enfermagem às puérperas e aos Recém-Nascidos (RN), o que demanda uma solução urgente, por parte, da gestão do Centro de Saúde Venda Nova.

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), por sua vez, também têm dificuldade em captar as puérperas em tempo hábil devido à falta de controle de identificação da data provável do parto.

O estudo proposto pretende apresentar soluções para regularizar o esquema de visitas domiciliares às puérperas e RN e aperfeiçoar o controle. Para tal, será elaborado um protocolo de visitas domiciliares, contendo todas as estratégias necessárias para o seu desenvolvimento.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um protocolo de visita domiciliar às puérperas e recém-nascidos residentes na área de abrangência da Equipe Azul.

### **4 PROCEDIMENTO METODOLOGICO**

Este trabalho trata-se de um plano de ação, para elaboração de um protocolo com o intuito de regularizar a visita domiciliar para puérperas e recém-nascidos. Foi realizada uma revisão bibliográfica em bases de dados científicas tais como BIREME, LILACS, com a finalidade de identificar as evidências já existentes. A busca se deu por meio dos seguintes descritores: atenção primária à saúde, visita domiciliar, puérpera, recém-nascido. Todos os artigos que atenderam ao objetivo do estudo foram considerados elegíveis e analisados as suas pertinências em relação ao objeto deste trabalho.

O levantamento dos dados para a elaboração do protocolo se deu por meio de reuniões com a Equipe Azul. As ACS forneceram informações sobre o cadastramento das puérperas e dos recém-nascidos. As auxiliares de enfermagem elaboraram formulário com as principais informações a serem obtidas pelas ACS junto à população. Todas as demais informações necessárias para a elaboração do protocolo foram obtidas junto aos demais membros da Equipe Azul, que se dispuseram a colaborar.

Nas reuniões realizadas foi enfatizada a importância da colaboração de cada um, havendo um retorno significativo das ações empreendidas.

As ACS visitam as famílias para a identificação das puérperas e comunica à equipe. Em seguida a enfermeira agenda a visita domiciliar e realiza a consulta de enfermagem. Se a puérpera ou o RN apresentar alguma intercorrência são encaminhados à maternidade de referência. Após a alta hospitalar é realizada nova visita da ACS e encaminhada para a enfermagem da equipe para o agendamento da consulta de enfermagem. Em caso negativo agenda a primeira consulta para o RN e da puérpera.

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1 Visita domiciliar**

A atenção domiciliar foi iniciada no Brasil pelo visitador sanitário que dava suporte às pessoas portadoras de doenças transmissíveis e às questões relacionadas à área materno-infantis. A partir da década de 1970, com as políticas de incentivo à assistência hospitalar, expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, houve diminuição das ações de saúde pública, incluindo a visita domiciliar (EGRY; FONSECA, 2007).

O principal instrumento de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é a visita domiciliar. Os ACS realizam, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente em sua área de atuação, variando a quantidade de visitas por residência em função das condições de saúde de seus moradores e da existência de crianças e gestantes, as quais recebem atenção especial, por comporem grupos prioritários (BRASIL, 2001a).

A visita domiciliar pelo profissional de saúde favorece uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelo indivíduo e a comunidade. Conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço faz parte das estratégias que podem incrementar os fatores de proteção da comunidade em geral, em especial, da puérpera (SOSSAI; PINTO, 2010). Para estes autores, a visita domiciliar é um importante instrumento para a educação em saúde, por ser um conjunto de conhecimento e práticas orientadas tanto para a prevenção de doenças como para a promoção da saúde.

De acordo com Takahashi e Oliveira (2001), a VD é uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou, o planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários atendidos por serviços de saúde, e obedece a uma sistematização prévia.

Para Giacomozzi e Lacerda (2006), a visita domiciliar é uma forma de atenção à saúde prestada em domicílio, que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliar, cada qual com seus objetivos e características. Ela é considerada uma continuação dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são prestados ao indivíduo e sua família, quando necessário em suas residências, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, aumentar o nível de independência, diminuindo os efeitos das doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura.

Lopes *et al.* (2008, p.242) conceitua a VD como

[...] método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde. Importante ressaltar também que a visita se estabelece *in loco*, permeando o lugar do seu cotidiano, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo.

No entanto, para os autores a visita domiciliar deve reunir três tecnologias a serem aprendidas e desenvolvidas: a observação, incluindo a atenção aos detalhes dos fatos e relatos prestados durante a visita; a entrevista, que deve adotar um diálogo formal e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral, em que o indivíduo descreve seu histórico de vida.

### **5.1.1 Visita domiciliar no puerpério**

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência no puerpério imediato (1º ao 10º dia) deve ser tratada com respeito e atenção através de avaliação clínica rigorosa e exame físico completo da puérpera e do recém-nascido (RN). Durante a visita domiciliar deve-se informar à puérpera sobre a importância do uso de sutiã para prevenir ingurgitamento das mamas, verificar a involução uterina e a ferida cirúrgica no caso de cesariana, e orientar sobre a deambulação mais precoce possível, inspecionar os lóquios (perdas de sangue, muco e tecidos do interior do útero durante o período puerperal), edemas, equimoses e hematomas.

Após o atendimento domiciliar, deve-se orientar a puérpera para retornar a Unidade de Saúde para avaliação entre o 30º e o 42º dia pós -parto. No entanto, antes deste

período deve-se continuar com as visitas domiciliares pelo ACS para levar informações para a equipe de enfermagem. Na puericultura, serão realizados exames físicos do bebê, continuar com a orientação sobre a importância do aleitamento materno e o exame físico da mãe para observar alguns sinais como mastite, infecções cirúrgicas ou algum problema que ela esteja passando, e ainda, sobre a alimentação adequada da mãe e o planejamento familiar. Após os exames, verifica-se se a puérpera pode ser liberada para a prática de exercícios físicos (BRASIL, 2001b).

A visita puerperal tem como objetivos avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido e sua interação; orientar a puérpera e a família sobre a amamentação e cuidados básicos com o RN; esclarecer sobre o planejamento familiar e identificar situações de riscos ou possíveis problemas, para que se possam adotar medidas adequadas (BRASIL, 2006; GUIMARÃES; PRATES, 2006).

Conhecer as condições socioeconômicas e a estrutura familiar da puérpera, bem como, as práticas de cuidados e higiene de seu domicílio tem sido a melhor maneira de intervir positivamente. Esta estratégia possibilita o processo educativo que atende às expectativas da mulher e a utilização de alguns recursos sociais como, a mãe social e as ajudas de programas sociais do governo. É fundamental deixar que a puérpera expresse a sua vivência sem medo de ser julgada obtendo-se assim o máximo de informações que sejam relevantes para planejar e executar os cuidados de enfermagem (DRULLA *et al.*, 2009).

É necessário que o profissional da saúde preste um cuidado integral à mulher, considerando diversos fatores como: sua história de vida, seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo assim uma relação entre os sujeitos e valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e pessoa. Assim, a visita domiciliar é um importante instrumento para o processo de educação em saúde, por se constituir em um conjunto de saberes e práticas orientadas tanto para a prevenção de doenças, quanto para a promoção da saúde (SOSSAI; PINTO, 2010).

O puerpério é uma fase que gera insegurança à mulher, independente de ser ou não a primeira experiência como mãe. É fundamental que o profissional de enfermagem

tenha sensibilidade, o bastante, para identificar as reais necessidades da puérpera, principalmente em ambiente domiciliar (BERNARDI *et al.*, 2011). Portanto, a visita domiciliar, ação realizada pelo profissional de saúde, promove maior aproximação do serviço de saúde da atenção básica com a realidade vivenciada pelo indivíduo ou comunidade. Conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço é uma maneira de organizar estratégias que podem maximizar os fatores de proteção tanto da puérpera e o recém-nascido.

### **5.1.2 Importância do aleitamento materno**

Baptista *et al.* (2009) relatam que diversos estudos sobre amamentação realizados no Brasil e em outros países desde 1980, ofereceram importantes contribuições para um melhor conhecimento dos benefícios do aleitamento materno, principalmente do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), tanto para a criança, quanto para a mulher. Os resultados desses trabalhos mostraram evidências científicas que contribuíram para as mudanças das políticas nacionais e internacionais, que passaram a indicar a amamentação exclusiva até o sexto mês. Hoje em dia, a Política Nacional de Aleitamento Materno, objetiva promover, proteger e apoiar a prática de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e de complementação até os dois anos de idade ou mais.

Os mesmos autores relatam, também, que em mães que estão amamentando ocorre menor sangramento pós-parto, menor incidência de anemias e demora na volta da menstruação. Em virtude do maior intervalo entre partos, há redução de câncer de mama, ovário e endométrio, menor risco de osteoporose e maior rapidez na perda de peso pós-parto. Para a criança, são relatados vários benefícios quanto à amamentação, tais como baixa taxa de mortalidade, morbidade por diarreia, desnutrição, doenças respiratórias, otites, *diabetes mellitus*, alergias em geral, dermatite atópica, rinite alérgica e obesidade. Ainda, segundo os autores, há indícios de que crianças amamentadas ao peito apresentam melhor acuidade visual, desenvolvimento neuromotor e cognitivo, bem como alto quociente intelectual (BAPTISTA *et al.*, 2009).

Um estudo descritivo exploratório realizado por Frota *et al.*, (2009) com 15 mães da cidade de Pentecoste, Ceará demonstrou algum fator restritivo ao aleitamento pelas mães pesquisadas. O estudo corrobora com as práticas culturais sobre aleitamento materno veiculadas na literatura, ou seja, o ato de amamentar ainda é visto como um dever/responsabilidade da mulher, sobrepondo ao desejo ou não e de poder amamentar. O estudo mostrou que o ato de amamentar para as mães cearenses é mais relacionado a uma obrigação social do que uma escolha racional, advinda do conhecimento das vantagens e benefícios do aleitamento. O estudo demonstrou também que as mães têm dificuldade na prática da amamentação e relatam a falta de um suporte adequado do serviço de saúde. As autoras enfatizam que não é suficiente apenas informações sobre a importância do aleitamento materno, mas que é necessário avançar e direcionar ações educativas efetivas incluindo a perspectiva da promoção da saúde dessas mulheres, favorecendo melhorias na qualidade de vida preconizadas pelas políticas públicas de saúde.

Simon *et al.* (2009) realizaram um estudo transversal com 566 crianças de escolas particulares do município de São Paulo com o objetivo de analisar a associação do sobrepeso e da obesidade com o aleitamento materno e a alimentação complementar. Os resultados mostraram que a prevalência de sobrepeso e obesidade da população estudada foi de 34,4%, o que pode ser considerada elevada para a faixa etária da população estudada. Foram fatores de proteção contra sobrepeso e obesidade o aleitamento materno exclusivo por seis meses ou mais sugerindo que se podem agregar mais uma vantagem ao leite materno. Apesar da reconhecida importância do aleitamento materno exclusivo até seis meses, os autores relatam que a alimentação complementar continua sendo introduzida precocemente, conforme verificado no estudo.

Victora *et al.* (2003), Balaban *et al.* (2004) e Siqueira e Monteiro (2007) também analisaram o risco de obesidade em crianças que nunca receberam aleitamento materno, encontrando um risco duas vezes superior ao das demais crianças. Os autores concluíram que as crianças que receberam aleitamento materno por menos de quatro meses apresentaram prevalência de sobrepeso maior do que aquelas que o receberam por quatro meses ou mais.

Uma pesquisa descritiva, exploratória e retrospectiva, com abordagem quantitativa foi realizada por Narchi *et al.* (2009) com o objetivo de verificar se a manutenção do aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida do RN é influenciada pelo contato precoce na primeira hora após o nascimento, o tipo de parto e o tipo de hospital. Os autores coletaram dados de 75 prontuários de uma comunidade carente de São Paulo que posteriormente foram analisados pela metodologia de equações de estimação generalizada. O estudo mostrou que as variáveis, alojamento conjunto, tipo de hospital e tipo de parto tiveram interferência na manutenção do aleitamento exclusivo, o que não ocorreu com o contato precoce. Os autores concluíram que o aleitamento exclusivo apresentou maiores índices quando mãe e bebê permaneceram sempre juntos após o parto em hospitais amigos da criança e após partos normais, e que também a assistência recebida pela mulher durante o parto e nascimento tem grande influência na amamentação. Os autores enfatizam que a duração da amamentação não depende de estratégias isoladas, mas sim da combinação de várias intervenções que devem ser colocadas em práticas durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Destacam também que o estudo demonstra a efetividade dos programas de promoção do aleitamento materno, principalmente no apoio e suporte às puérperas, bem como estratégias que enriqueçam o conhecimento das mulheres durante a gestação.

Parizotto *et al.* (2009) relatam que a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida é indispensável para a saúde e o desenvolvimento da criança, pois a administração de outros alimentos, além do leite materno, intervém negativamente na assimilação de nutrientes e em sua biodisponibilidade, além de aumentar o risco de infecções. O uso exclusivo do leite materno para prematuros e bebês de baixo peso aumenta os índices de inteligência e acuidade visual. Embora as evidências científicas comprovem o valor do aleitamento exclusivo, a interrupção precoce do AME ainda é um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil indicando a necessidade de um método de monitoramento estável dos indicadores e projetos de intervenções.

Para o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2012) a primeira “vacina” que o bebê recebe ao nascer é o leite materno que o protege contra diarreia, otites, no pulmão e outras doenças. Portanto, o AME aumenta o laço afetivo

entre mãe e filho, e ainda, diminui o risco de câncer de mama e ovários nas mulheres, além de ser uma forma de alimentação econômica e prática.

### 5.1.3 Cuidados com o RN

É muito importante programar consultas domiciliares para a atenção ao recém-nascido que devem ser realizadas até 28 dias depois do nascimento. Se a mãe e família manifestarem preocupação com o bebê ou se houver algum problema, a visita deverá ocorrer com mais frequência. Durante essas consultas deve-se, segundo Beck *et al.* (2004):

- a. Avaliar o bebê e a mãe para ver se há problemas;
- b. Elogiar a família pelo bom cuidado com o bebê;
- c. Continuar a instruir e a aconselhar a mãe e a família sobre os cuidados a ter com o bebê.

Os autores editaram um manual de cuidados para o RN que oferece informações importantes sobre as necessidades de se manter o RN saudável, incluindo cuidados de rotina e prevenção. Neste manual são listadas as orientações para os cuidados especiais com o bebê na consulta domiciliar, a saber:

- a. Deve mamar bem (8 a 12 vezes em 24 horas);
- b. Deve dormir entre as mamadas;
- c. Deve acordar para mamadas;
- d. Deve urinar pelo menos seis vezes em 24 horas;
- e. Ter fezes não aguadas;
- f. Começar a ganhar peso constantemente depois de 7 a 10 dias;
- g. Ter uma temperatura axilar entre 36°C a 37°C;
- h. Respirar sem fazer barulho, entre 30 a 60 vezes por minuto;
- i. Apresentar pele sem pústulas, exantemas, sem cor amarelada, azulada e pálida;
- j. Ter olhos livres de secreção;
- k. Apresentar umbigo seco e limpo;
- l. Já ter recebido as primeiras imunizações.

Beck *et al.* (2004), também, relatam sobre informações para a mãe e os familiares quanto aos cuidados com o RN, e informam o porquê dos cuidados:

- a. Lave as mãos com sabão e água antes e depois de tocar no recém-nascido;
- b. Mantenha as unhas curtas (germes podem viver sob as unhas);
- c. Não coloque coisa alguma (curativo, produtos herbais ou medicinais) no cordão umbilical;
- d. Mantenha o cordão umbilical limpo e seco;
- e. Lave tudo que estiver em casa que vá estar em contacto com o bebê: roupas, lençóis, cobertores;
- f. Mantenha crianças e adultos doentes longe do bebê;
- g. Proteja o recém-nascido contra fumaça no ar (de cigarros ou da cozinha), pois pode causar problemas respiratórios;
- h. Coloque o recém-nascido para dormir sob um cortinado;
- i. Alimente o recém-nascido com o leite materno exclusivamente;
- j. O leite materno oferece proteção contra infecção para o recém-nascido;
- k. Certifique-se de que o bebê recebe todas as imunizações pontualmente.

O preparo para a alta hospitalar do RN é de grande importância para reduzir os receios dos familiares sobre o cuidado quando este retornar ao domicílio. As orientações para alta hospitalar são muito importantes, pois estimula a amamentação, a realização do teste do pezinho e as primeiras consultas na unidade básica de saúde que devem ocorrer nos primeiros meses de vida do RN. Após a alta da maternidade devem-se promover ações direcionadas à mãe e ao bebê e estabelecer o vínculo da família com a equipe de saúde da unidade básica de saúde mais próxima da residência (CHRISTOFFEL, 2006).

Glashan (2008, p.6) também considera muito importante os preparativos para a alta hospitalar e comenta que:

[...] é importante que na alta do recém-nascido, já esteja tudo pronto para sua chegada em casa. Deve-se cuidar para que o quarto do bebê seja seguro, tenha uma iluminação adequada, seja bem ventilado e ensolarado. O ideal é um quarto sem muitas coisas, com berço, trocador, um guarda-roupa, alguns brinquedinhos laváveis e com sonoridade delicada (tipo caixinha de música) e uma cadeira para amamentação. Evite carpete ou tapetes e, se tiver cortina, que

seja bem fina ou mesmo uma persiana fácil de limpar. As janelas devem estar protegidas com uma tela (se possível) e as tomadas com os protetores. O quarto do recém-nascido costuma ser o local mais tranquilo da casa, pois é lá que ele vai passar boa parte do tempo. Será o início da apresentação de um outro mundo para ele e desejamos que seja o mais aconchegante possível.

A autora, ainda, relata sobre as primeiras orientações e cuidados com o recém-nascido, e enfatiza que o leite materno é o principal alimento, pois é por meio dele que a mãe oferece segurança e conforto ao bebê e, principalmente, fornece a ele a proteção a diversas doenças, por ser ele a fonte de nutrientes que garantem o desenvolvimento adequado da criança. A própria sucção do RN estimula a produção do leite e são comuns períodos de diminuição e aumento. É relatado, também, o quanto é importante manter as mãos limpas e efetuar a higiene da aréola com seu próprio leite, garantindo assim uma alimentação segura e eficiente para o bebê. Oferecer os dois peitos a cada mamada, começando sempre pelo peito que foi oferecido na mamada anterior. Importantes dicas sobre como ajudar o bebê na pega da mama, como, tocar os lábios do bebê com o mamilo; direcionar o mamilo para o palato (céu da boca) do bebê; esperar até que a boca esteja bem aberta; trazer o bebê rapidamente à mama; o nariz e o queixo do bebê ficam juntos à mama; a cabeça do bebê deve estar alinhada com o resto do corpo; vê-se pouca aréola por baixo; puxar, com o dedo indicador, o queixo do bebê para baixo, fazendo com que a boca abra mais e o lábio inferior esteja virado para fora; pode-se ver e ouvir a deglutição (GLASHAN, 2008).

Strapasson e Nedel (2010) relatam que a puérpera passa por uma série de modificações impostas pela gravidez e nascimento e precisa de ajustamento para desenvolver o papel da maternidade. A transição ao papel materno é notada quando as mães demonstram as dificuldades no puerpério imediato com relação aos cuidados com o recém-nascido como banho, cuidado com o coto umbilical, amamentação, identificação do choro, tipo de parto e fragilidade física.

#### **5.1.4 Planejamento familiar e técnicas de controle da natalidade**

O planejamento familiar tem sido objeto de preocupação das entidades governamentais desde 1996 quando foi decretada a Lei nº 9.263, e de 12 de janeiro

deste mesmo ano quando regulamentando o § 7º do art. 226 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar, que estabelece penalidades e dá outras providências (BRASIL, 1996). Em seus artigos, a lei trata especificamente da conceituação sobre planejamento familiar, os direitos dos casais e a responsabilidade do Sistema Único de Saúde em prestar programas de atenção integral à saúde incluindo o planejamento familiar e controle da natalidade. A referida lei elenca os seguintes artigos:

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

[...]

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

[...]

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar. [...]  
(BRASIL, 1996).

Neste sentido, o planejamento familiar visa as ações de assistência, prevenção e promoção de saúde das mulheres que apresentem algum risco e que queiram engravidar, ajudando na saúde materno-infantil com diagnóstico precoce de complicações e intercorrências que possam comprometer a gestação (BOZA JIMENEZ *et al.*, 2005). Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de 120 milhões de mulheres no mundo desejam evitar a gravidez, porém não estão fazendo o uso correto dos métodos contraceptivos (OMS, 2007).

O manual de direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais editados pelo Ministério da Saúde (MS), definem planejamento familiar como:

[...] é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha (BRASIL, 2009, p.6).

O direito sexual e reprodutivo é garantido pelo Ministério da Saúde e o casal tem a liberdade de escolher o melhor método contraceptivo que lhe convier, sendo livre para decidir sobre ter ou não ter filhos. O planejamento familiar é assegurado pela Constituição Federal e pela Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 2009).

Os métodos anticoncepcionais são comportamentais, medicamentos, objetos e cirurgias usados para se evitar a gravidez. Existem métodos femininos e masculinos e métodos considerados reversíveis, que capacitam novamente à fecundação, quando terminado o uso. Os métodos irreversíveis, como a ligadura de trompas uterinas e a vasectomia impossibilitam a fecundação, por isso as pessoas precisam estar seguras de que não querem mais ter filhos (BRASIL, 2009).

Com a finalidade de ajudar os casais que não desejam ter filhos e a se programarem para uma concepção desejável o Ministério da Saúde fornece medicamentos, anticoncepcionais, DIU e diafragmas, são eles:

- a. **anticoncepcional injetável mensal:** este método tem efeito semelhante à pílula, com aplicação mensal, possui menos efeitos colaterais no estômago em

- comparação ao comprimido. Por ser uma solução oleosa, é liberada a mesma quantidade de hormônios da pílula diária e a menstruação ocorre normalmente;
- b. **pílula oral combinada:** oferece um percentual de 99,8% de eficácia, e age impedindo a ovulação e dificultando a passagem dos espermatozoides para o interior do útero. Deve ser tomada diariamente, de preferência num horário fixo.
  - c. **diafragma:** possui estrutura em látex, é um método de barreira móvel combinado com gel espermicida, que pode ser colocado e retirado da vagina. Para ser eficiente, deve ser colocado duas horas antes da relação sexual e retirado entre quatro e seis horas após o sexo. Após o uso, deve ser lavado com água e sabão. Sua durabilidade é de cerca de dois anos.
  - d. **DIU:** constituiu-se de uma estrutura de metal que tem ação espermicida intrauterina que impede que o espermatozoide chegue ao óvulo. Pode ficar até cinco anos dentro do corpo da mulher, devendo ser colocado por um médico. Sua eficácia contra a gravidez é de 99,6%. Os efeitos colaterais podem ser, o aumento do sangramento menstrual, aumento da duração da menstruação e das incidências de cólicas;
  - e. **preservativos masculino e feminino:** são os métodos mais seguros, que além de evitar a gravidez, também protegem contra as doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS. A camisinha masculina cobre o pênis durante a relação sexual e impede o contato do sêmen com a vagina, ânus ou boca. O esperma fica retido e os espermatozoides não entram no corpo da mulher. A camisinha feminina pode ser colocada até oito horas antes da relação sexual e também é um método de barreira que não deixa com que o espermatozoide entre no corpo feminino;
  - f. **pílula de emergência (pílula do dia seguinte):** método usado, somente, em caso de emergência, como, por exemplo, quando a camisinha romper ou não houver uso de preservativo na relação sexual. Não deve ser adotado como método usual de proteção. Uma dose é composta por duas pílulas e devem ser ingeridas com intervalo de 12 horas. Elas concentram alta dose hormonal que equivale a oito pílulas anticoncepcionais de uso prolongado. O método retarda a ovulação e dificulta a gestação;

- g. **minipílula e injeção trimestral:** para mulheres em amamentação, o Ministério da Saúde oferece dois métodos contraceptivos, que podem ser introduzidos seis semanas após o parto: a minipílula, administrada via oral, e a injeção trimestral. A combinação entre a prolactina (hormônio que estimula a produção do leite materno), com a progesterona (hormônio que prepara organismo para a fecundação) cria a barreira que impede uma nova gravidez durante a amamentação. Para as mulheres que tiveram filhos, mas que por algum motivo não podem amamentar, a recomendação é que cerca de 40 dias após o parto seja introduzida a pílula anticoncepcional comum;
- h. **métodos definitivos:** segundo a Lei do Planejamento Familiar, pessoas com mais de 25 anos e pelo menos dois filhos vivos, ou naqueles casos em que há risco de vida para a mulher ou para o futuro bebê, pode-se usar os métodos contraceptivos definitivos, como a ligadura das trompas de falópio para as mulheres, ou a vasectomia para os homens. Os dois procedimentos impedem que os espermatozóides atinjam o óvulo. É necessário aguardar 60 dias entre a manifestação da vontade de fazer a cirurgia e sua execução. Por serem métodos de difícil reversão são chamados de definitivos (BRASIL, 2012).

## **6 PROTOCOLO ASSISTENCIAL: linhas gerais**

Entende-se por protocolo como um conjunto de dados que direcionam o trabalho e registram os cuidados executados na resolução ou prevenção de problemas. São elaborados baseados em informações científicas desenvolvidas sistematicamente para auxiliar o dia-a-dia do atendimento (PORTAL DA ENFERMAGEM, 2010).

Outro conceito refere-se ao protocolo como “instrumento que estabelece normas para as intervenções técnicas, ou seja, uniformiza e atualiza conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços”. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte busca qualificar as ações e procedimentos das equipes que atuam na rede básica a fim de padronizar e sistematizar a qualificação da assistência populacional (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2009).

Pelos documentos do Ministério da Saúde, os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de determinados problemas de saúde, em circunstância clínica específica baseando-se na melhor informação científica possível. As orientações devem ser concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos usados pelo médico no dia a dia. Portanto, são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008 apud WERNECK *et al.*, 2009).

A construção dos protocolos médicos-assistenciais utilizando a gestão do conhecimento tem permitido o uso eficaz do conhecimento em benefício dos serviços. A gestão do conhecimento baseia-se na necessidade de que a construção desses protocolos funcione como núcleo de interesse entre gestores e profissionais da saúde, tornando-os parceiros no compartilhamento de idéias, sejam elas de estrutura, processos ou resultados. Tal raciocínio também se aplica no emprego de protocolos no campo da atenção primária, onde se situam as unidades básicas de saúde. Os protocolos favorecem processos ricos em aprendizagem organizacional e como preceituam os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados (JACQUES; GONÇALO, 2007). Ainda, os autores ressaltam que, a organização hospitalar é particular em suas características e tão complexa que é quase impossível incentivar uma mudança com fins estratégicos sem contar diretamente com sua força de trabalho, pois ela não lida com a produção de bens físicos, mas sim com serviços que são exclusivamente dependentes do comportamento das pessoas. Assim, sua cultura é diferente das demais empresas, pois se ocupa da vida e da doença.

Campos e Amaral (2007, p.850) relatam que “o trabalho clínico apresenta regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolos”. A clínica apresenta significativa variedade de demandas por atenção tornando necessária a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso. Os autores sugerem a adoção de uma gestão democrática que produza a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde, invertendo a lógica das “linhas de produção” para a organização

da atenção aos pacientes “com autonomia profissional e clara definição de responsabilidade clínica”.

Partindo da premissa de que os protocolos são instrumentos importantes para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços por objetivar a padronização dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, e tendo em vista a expansão e consolidação da atenção básica e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é a proposta deste estudo, a elaboração de um protocolo de cuidados e atenção à puérpera e RN que deverá ser integrado à Equipe de Saúde como parte do trabalho cotidiano.

O protocolo será elaborado mediante o levantamento dos problemas enfrentados pela Equipe, procurando solucionar de maneira humanizada a deficiência encontrada nas visitas domiciliares às puérperas e aos recém-nascidos.

## **6. 1 Protocolo de visitas domiciliares**

A Equipe Azul do Centro de Saúde Venda Nova propõe a construção de um novo modelo de assistência à saúde tendo como eixo principal a visita domiciliar às puérperas. Várias intervenções serão sugeridas com mudanças significativas nos três níveis de atenção à saúde e no olhar do profissional de saúde em relação ao usuário do sistema.

Diante do novo modelo de atenção à puérpera faz-se necessária a implantação de Protocolos Clínicos para redefinir os papéis dos gestores e de todo o pessoal envolvido no cuidado às usuárias no período puerperal.

Espera-se que este protocolo seja um instrumento importante nesta nova dimensão que se propõe o acompanhamento humanizado à puérpera, com a certeza de que a participação de cada trabalhador da saúde, no seu ambiente de trabalho, em especial no cuidado com cada mulher, será o fator crucial para que se possa efetivamente contribuir para a melhoria de vida das usuárias da equipe.

Para a implantação do protocolo é necessário, o planejamento com a equipe, para que se possam planejar as ações, de acordo com a planta física, os recursos materiais e humanos disponíveis na Unidade, visando ampliar a capacidade de responder a demanda espontânea. Todos os profissionais envolvidos no processo deverão estar capacitados em suas ações específicas e dispostos a um trabalho conjunto de equipe e humanizado, considerando a mulher como um ser biopsicossocial, com sua história, suas necessidades e expectativas individuais.

## **6.2 Identificação da população alvo**

O protocolo será aplicado especificamente na Equipe Azul do Centro de Saúde Venda Nova, Belo Horizonte, Minas Gerais.

O problema identificado pela Equipe Azul e que gerou a necessidade da elaboração do presente protocolo foi a deficiência e falta de controle nas visitas domiciliares, pela equipe de enfermagem, às puérperas que foram captadas pelas ACS no início da gestação e, conseqüentemente, ao RN.

Dentre as 37 gestantes atendidas pela Equipe Azul, no período de um ano, somente foram realizadas 10 visitas domiciliares às puérperas, ou seja, 27%. Considerando este índice muito baixo, torna-se necessário otimizar o processo de visitas, visando melhorar a qualidade de vidas das usuárias.

Entre as dificuldades encontradas pela equipe para a realização das visitas domiciliares está a falta de tempo comprometida pela sobrecarga de trabalho dos profissionais. De acordo Sakata *et al.* (2007), o tempo para a realização das visitas é sempre identificado como insatisfatório e pouco utilizado para essa finalidade, devido ao cumprimento de outras tarefas.

O protocolo tem por objetivo:

- a. esclarecer as puérperas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida;
- b. orientar as puérperas sobre as técnicas de controle de natalidade no planejamento familiar;

- c. esclarecer as puérperas sobre os cuidados com o RN, principalmente com relação à higiene, as doenças e o calendário de vacinas;
- d. verificar a realização do teste do pezinho no quinto dia de vida;
- e. orientar a puérpera a respeito de uma alimentação adequada e saudável, principalmente, durante o período da amamentação;
- f. orientar sobre higiene pessoal, e cuidados com o corpo (por exemplo, manter manutenção do peso corporal, postura adequada ao carregar a criança e ao amamentar).

Quadro 1 apresenta informações a respeito da caracterização do problema do estudo e o plano de intervenção do problema.

**Quadro 1** – Caracterização do problema e plano de intervenção

| <b>Caracterização do problema</b>  | <b>Plano de Intervenção</b>   |
|--|---|
| <b>Transcendência:</b> Tem havido pouco controle das visitas domiciliares às puérperas e RN pela equipe de saúde, devido ao excesso de serviço na UBS.   | <b>Elenco de atividades / responsáveis:</b><br>Organizar “Atividades” e responsabilização dos diversos profissionais envolvendo-os no processo. |
| <b>Vulnerabilidade:</b> a equipe não possui controle das visitas domiciliares a fim de levar orientações necessárias à puérpera.   | <b>Mecanismos de acompanhamento / avaliação:</b><br>Organizar coluna “Acompanhamento” às puérperas e RN.  |
| <b>Efeitos:</b> crianças mais vulneráveis com as doenças, desmame precoce, falta de cuidados com o RN e com a puérpera.  | Atenção às puérperas e RN.  |
| <b>Determinantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ falta de orientação à puérpera;</li> <li>▪ desmame precoce;</li> <li>▪ cartão de vacinas sem atualização;</li> <li>▪ demanda excessiva de serviço.</li> </ul> | Organizar protocolo de atenção aos determinantes apresentados pelo problema priorizado.   |

### 6.3 Protocolo baseado em problemas

A representação gráfica de protocolo de organização de serviço, baseado em problema: deficiência e falta de controle nas visitas domiciliares às puérperas e RN pode ser visualizada no Quadro 2.

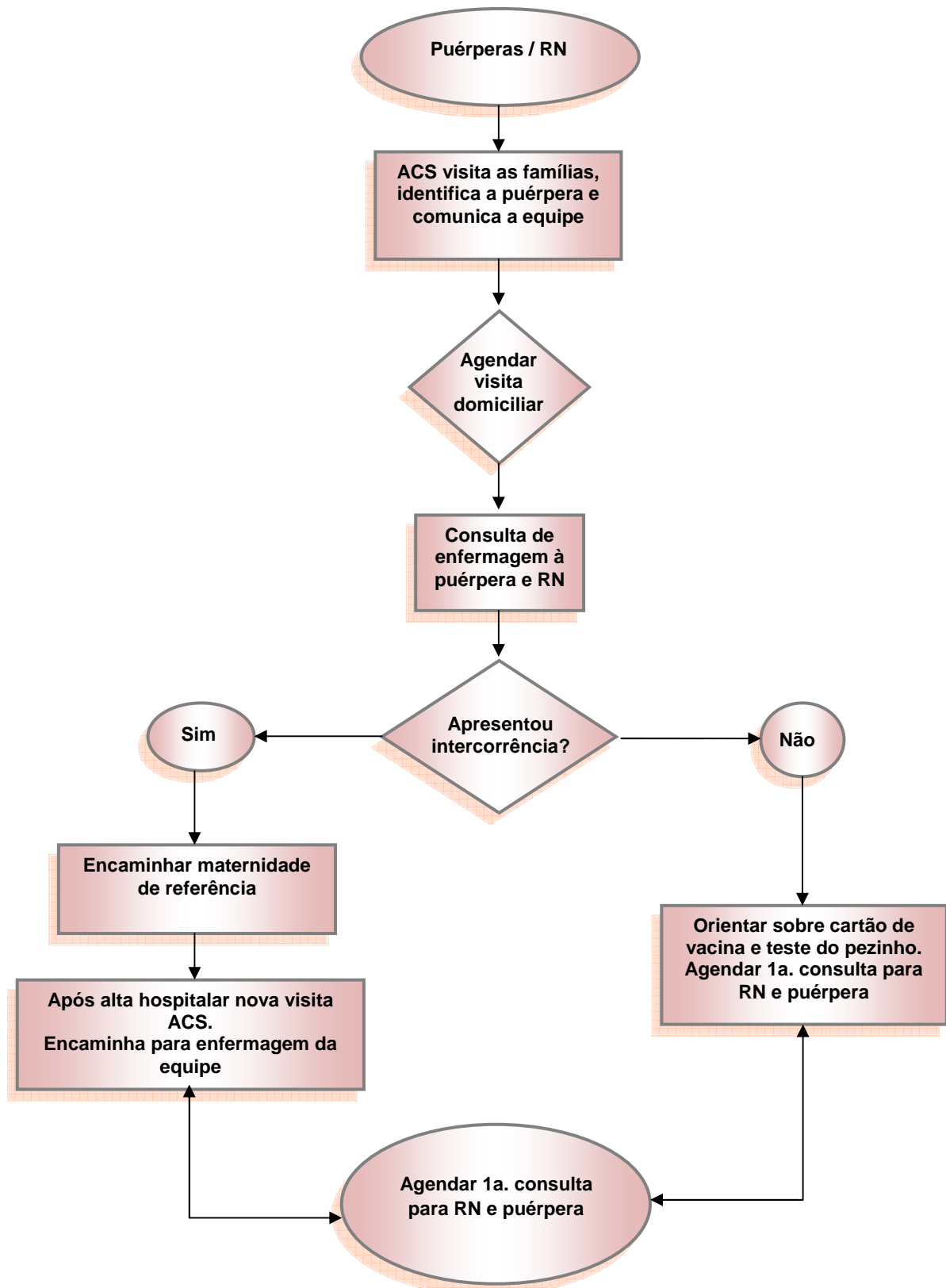
**Quadro 2 – Protocolo de organização de serviço**

| <b>Equipe de Saúde da Família<br/>Atividades 1 a 11: clínicas</b>  | <b>Méd.</b> | <b>Enf</b> | <b>AE</b> | <b>ACS</b> | <b>UBS</b> | <b>Acompanhamento</b>  |
|--|-------------|------------|-----------|------------|------------|--|
| 1. Captar e registrar as puérperas da equipe azul.   |             |            | X         | X          |            | Registro e controle das puérperas e RN.  |
| 2. Realizar busca ativa para o atendimento na unidade de saúde se o RN ou parturiente apresentarem algum problema.   |             |            | X         | X          |            | Identificar e encaminhar ao médico e/ou enfermeiro da equipe (se necessário) os problemas encontrados.                         |
| 3. Esclarecimentos para a mãe sobre aleitamento materno e cuidado com o bebê nos primeiros meses de vida, principalmente sobre o curativo do coto umbilical.     | X           | X          | X         | X          |            | Verificação das mamas para evitar mastite, verificar os cuidados com o curativo umbilical e a data da queda do coto umbilical. |
| 4. Agendar primeira consulta do RN com o pediatra.   | X           | X          | X         |            |            | Comunicar agendamento à puérpera.  |
| 5. Esclarecer dúvidas e passar informações para a puérpera a respeito de alimentação adequada, higiene e cuidados necessários com o seu corpo e com o domicílio. |             | X          | X         |            |            | Fornecer informativos ilustrados e conferir mudança de hábitos de higiene pessoal e da residência.                             |
| 6. Agendar primeira consulta com o generalista para a parturiente.   |             | X          | X         |            |            | Comunicar agendamento à puérpera.  |
| 7. Encaminhar para a maternidade, mãe e/ou RN em caso de alguma anormalidade.  | X           | X          |           |            |            | Guia de referência e contra referência.  |
| 8. Realizar teste do pezinho e cartão de vacina.   |             |            |           |            | X          | Registro do resultado do exame e acompanhamento do cartão de vacina.   |
| 9. Promover ações educativas sobre a amamentação e riscos de desmame precoce.  |             | X          | X         | X          |            | Investigar casos de desmame precoce.   |
| 10. Orientar as puérperas sobre técnicas de amamentação e a ordenha manual do leite, a conservação e administração ao lactente.                                  |             | X          |           |            |            | Conferir se a puérpera segue as orientações.   |
| 11. Orientar as puérperas sobre os recursos do banco de leite.   |             | X          | X         |            |            | Conferir se a puérpera segue as orientações.   |

Legenda: Méd.: médico; AE: Auxiliar de enfermagem; ACS: Agente comunitário de saúde; USB: Unidade básica de saúde.

A programação que se pretende implantar na Equipe Azul do Centro de Saúde Venda Nova para as visitas domiciliares às puérperas e ao RN, encontra-se esquematizado na FIG. 2.

**FIGURA 2** - Fluxograma da visita domiciliar às puérperas e RN a ser implantado ao equipe Azul



Fonte: elaborado pela pesquisadora.

#### **6.4 Visitas domiciliares da Equipe Azul**

As visitas domiciliares realizadas pela Equipe Azul atendem as diretrizes do Ministério da Saúde e são realizadas entre o quinto e o décimo dia após o parto.

Nestas visitas a enfermeira procura levantar todo o histórico da puérpera e do RN, bem como levar informações importantes sobre os cuidados com o RN, a higiene pessoal e com o RN. Procura conscientizar a puérpera sobre a importância do aleitamento materno exclusivo (APÊNDICE A).

Na oportunidade a enfermeira analisa também a questão de higiene do domicílio, fazendo as devidas observações quando necessário, assim como a interação entre os familiares e com o RN.

A Equipe Azul segue um esquema de visita predeterminado, em que é preenchido um formulário sobre os dados levantados durante as visitas, conforme modelo em anexo. O formulário depois de preenchido é arquivado no prontuário da puérpera. Tal formulário é adotado para facilitar a ação da enfermagem, permitindo que não se omita qualquer dado que necessite ser levantado.

As visitas realizadas pela Equipe Azul têm sido positivas, considerando que por meio delas é possível detectar os problemas e/ou dificuldades encontradas pelas puérperas, levando informações e/ou soluções para suas demandas.

Apesar de existir as diretrizes ainda não se tem uma boa cobertura de visita a esse segmento da população.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do protocolo favorecerá a equipe de saúde da UBS do Centro de Saúde Venda Nova, na captação das puérperas, por meio da busca ativa, tornando o registro mais confiável sobre a real situação da equipe. A enfermagem poderá, então, oferecer esclarecimentos importantes às puérperas sobre os cuidados necessários com o RN e sobre o autocuidado.

A enfermagem estará também em condições de fornecer informações fundamentais sobre aleitamento materno e desmame precoce, tornando assim o trabalho da equipe mais atuante e favorecendo a qualidade de vida das mães e das crianças.

Portanto, é importante que a equipe de saúde se organize e utilize o protocolo de visitas às puérperas e RN de forma sistemática, saudável e humanizada.

Espera-se também que a elaboração do protocolo possa servir de ajuda ou guia para as outras equipes da Unidade.

## REFERÊNCIAS

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P.; DIAS, M. L. C. M.; DIAS, M. C. M.; FORTALEZA, G. T. M.; MOROTÓ, F. M. M. et al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.3, p.263-268, 2004.

BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.596-604, mar, 2009.

BECK, Diana, et al. Cuidados ao recém-nascido. **Manual de Consulta**. Washington: Editora Save the children. 2004.

BERNARDI, M. C.; CARRARO, T. E.; SEBOLD, L. F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, (n. esp.), p.1074-1080, 2011.

BOZA JIMENEZ, E. J. et al. **Planejamento familiar**; produção, distribuição e informações 3.ed. Curitiba: Secretária Municipal da Saúde de Curitiba, Centro de Informação em Saúde, 2005. 98p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp). **Métodos anticoncepcionais**. (s.d.). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher/metodos-nticoncepcionais>>. Acesso em: 18.10.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008. 11p. apud WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de pré-natal e puerpério**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ministério financia métodos anticoncepcionais**. (s.d.). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal / saude / Gestor / visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33886](http://portal.saude.gov.br/portal / saude / Gestor / visualizar_texto.cfm?idtxt=33886)>. Acesso em: 05.10.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, Brasília (DF), 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Publicado no DOU de 15.1.1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm)>. Acesso em: 18.10.2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, Aug. 2007. Available from <[http://www.scielo.br / scielo.php ?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 Oct. 2012.

CHRISTOFFEL, M. M. Promoção da saúde do recém-nascido e sua família. **Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF/** organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre, 2006. ciclo 1 modulo 2, p. 9-50.

DRULLA, A. G.; ALEXANDRE, A. M. C.; RUBEL, F. I.; MAZZA, V. A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, p.667-674, 2009.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. A Família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, v.34, n.3, p.233-239, 2007.

FROTA, M. A.; MAMEDE, A. L. S.; VIEIRA, L. J. E. S.; ALBUQUERQUE, C. M.; MARTINS, M. C. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, v.43, n.4, p.895-901, 2009.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto & Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, p.645-653, out./dez. 2006.

GLASHAN, R. Q. **Manual de cuidados do recém-nascido**. 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/24018005/Regiane-Glashan-Manual-de-Cuidados-do-Recem-Nascido>>. Acesso em: 10.10.12.

GUIMARÃES, F. S.; PRATES, C. S. Consulta de enfermagem ao binômio mãe - bebê. **Revista Logos**, Canoas, v.17, n.1, p.103-112, 2006.

JACQUES, E. J.; GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.106-124, 2007.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciências & Cuidados de Saúde**, v.7, n.2, p.241-247, abr./jun. 2008.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q.; DIAS, L. A.; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, v.43, n.1, p.87-94, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. 2007. Disponível em: <[whqlibdoc.who.int/publications/2007/9780978856304](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9780978856304)>. Acesso em: 04.10.2012.

PARIZOTO, G. M.; PARADA, C. M. G. L.; VENÂNCIO, S. I.; CARVALHAES, M. A. B. L. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**, v.85, n.3, p. 201-208, 2009.

PORTAL DA ENFERMAGEM. **Elaboração de protocolos**. 7/7/2010. Disponível em: <[http://www.portaldaenfermagem.com.br/dicas\\_read.asp?id=798](http://www.portaldaenfermagem.com.br/dicas_read.asp?id=798)>. Acesso em: 13 agosto 2012.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Protocolos de atenção à saúde da mulher**. Belo Horizonte, março 2009.

SAKATA, K. N. *et al.* Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.6, p.659-664, nov.-dez. 2007.

SIMON, V. G.; N.; SOUZA, J. M.; P., SOUZA,, S. B.. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.1, p.60-69, 2009.

SIQUEIRA, R. S.; MONTEIRO CA. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Revista Saúde Pública**, v.41, n.1, p.5-12, 2007.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciências & Cuidados da Saúde**, v.9, n.3, p.569-576, jul./set. 2010.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.3, p.521-528, set. 2010.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A.C. **A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família**. In: Ministério da Saúde. Manual de enfermagem - programa de saúde da família. São Paulo: 2001. p.43-46.

UNICEF. O aleitamento materno protege bebês e crianças pequenas de doenças perigosas. Também é responsável por criar um laço entre mãe e filho. (s.d.). Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10008.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10008.htm)> Acesso em: 15/10/12.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; LIMA, R. C.; HORTA, B. L.; WELLS, J. Anthropometry and body composition of 18 year old men according to duration of breast feeding: birth cohort study from Brazil. **BMJ**, v.327, n.7420, p.901, 2003.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K .F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, 84p.

**APÊNDICE A**  
**FORMULÁRIO DE VISITA DOMICILIAR**

| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                                  |   |   |                                  |
|---|---|---|----------------------------------|
| Data: ____/____/____                                  |   | Prontuário:   |                                  |
| Nome:   |   |   |                                  |
| Endereço:   |   |   |                                  |
| ACS:  |   |   |                                  |
| Telefone: ( )   |   | Idade:  |                                  |
| <b>PARTO</b>  |   |   |                                  |
| Data:   |   | Local:  |                                  |
| Idade gestacional:                                    |   | ____ Semanas  |                                  |
| Tipo de parto:  | <input type="checkbox"/> Normal                                   | <input type="checkbox"/> Fórcepe                      |                                  |
| <input type="checkbox"/> Cesárea                      | <input type="checkbox"/> Pélvico                                  | <input type="checkbox"/> Cefálico                     |                                  |
|   | <input type="checkbox"/> Único                                    | <input type="checkbox"/> Gemelar                      |                                  |
| Episiotomia   | <input type="checkbox"/> Sim                                      | <input type="checkbox"/> Não                          |                                  |
| Laceração   | <input type="checkbox"/> Sim                                      | <input type="checkbox"/> Não                          |                                  |
| Maternidade   |   |   |                                  |
| Interação mãe/filho - 1a. hora                        | <input type="checkbox"/> Sim                                      | <input type="checkbox"/> Não                          |                                  |
| Intercorrências parto:                                |   |   |                                  |
| Medicações:   |   |   |                                  |
| Relato de experiência do parto:                       |   |   |                                  |
| Assistência hospitalar:                               |   |   |                                  |
| Alojamento conjunto                                   | <input type="checkbox"/> Sim                                      | <input type="checkbox"/> Não                          |                                  |
| <b>CONSULTA DE PUERPÉRIO</b>                          |   |   |                                  |
| Queixas:  |   |   |                                  |
| PA:   | ____ mmHg   | ____ TAX  |                                  |
| Mamas:  | <input type="checkbox"/> Normais                                  | <input type="checkbox"/> Ingurgitadas                 | <input type="checkbox"/> Mastite |
| Bico da mama:   | <input type="checkbox"/> Invertido                                | <input type="checkbox"/> Normal                       |                                  |
|   | <input type="checkbox"/> Plano                                    | <input type="checkbox"/> Fissuras                     |                                  |
| Involução uterina:                                    |   |   |                                  |
| Edema:  | <input type="checkbox"/> Sim                                      | <input type="checkbox"/> Não                          |                                  |
| Higiene pessoal:                                      | <input type="checkbox"/> Adequada                                 | <input type="checkbox"/> Inadequada                   |                                  |
| <b>Exame ginecológico:</b>                            |   |   |                                  |
| Lóquios:  | <input type="checkbox"/> Vermelho (até 3º ou 4º dia)              | <input type="checkbox"/> Marrom claro (8º ao 10º dia) |                                  |
|   | <input type="checkbox"/> Amarelo para límpido (10º dia em diante) |   |                                  |
| Sinais de hemorragia:                                 | <input type="checkbox"/> Sim                                      | <input type="checkbox"/> Não                          |                                  |
| Infecção em incisão cirúrgica (abdominal ou perineal) | <input type="checkbox"/> Sim                                      | <input type="checkbox"/> Não                          |                                  |
| Qualidade do sono                                     | <input type="checkbox"/> Satisfatório                             | <input type="checkbox"/> Insatisfatório               | <input type="checkbox"/> Insônia |

| <b>Orientação/Conduta</b>       |  |                                     |   |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>        | Estimular a amamentação com esvaziamento completo da mama, antes de trocar de mama |                                     |   |
| <input type="checkbox"/>        | Orientar sobre a extração manual de leite e sua conservação                        |                                     |   |
| <input type="checkbox"/>        | Uso de sutiã com sustentação adequada  |                                     |   |
| <input type="checkbox"/>        | Higiene nos mamilos antes de amamentar   |                                     |   |
| <input type="checkbox"/>        | Orientações para o banho   |                                     |   |
| <b>RECÉM-NASCIDO</b>            |  |                                     |   |
| Sexo                            |  | <input type="checkbox"/> Masculino  | <input type="checkbox"/> Feminino       |
| Data nascimento:    /    /      |  | Hora:                               |   |
| Ictérico:                       | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não        |   |
| Apgar                           | <input type="checkbox"/> 1º minuto   | <input type="checkbox"/> 5º minuto  |   |
| Reanimação                      | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não        |   |
| Ficou retido                    | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não        |   |
| Exame físico:                   | <input type="checkbox"/> Normal  | <input type="checkbox"/> Anormal    |   |
| VDRL                            | <input type="checkbox"/> Positivo  | <input type="checkbox"/> Negativo   | Tipagem sanguínea                       |
| Peso:                           | Idade ao exame físico  |                                     | _____ Semanas                           |
| Estatura: _____ cm              |  | Perímetro cefálico: _____ cm        |   |
| Intercorrências ao nascer       | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não        | Qual?                                   |
| Sumário de alta:                |  |                                     |   |
| Queda do coto umbilical:        | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não        | _____ Dias                              |
| Teste do pezinho:               | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não        |   |
| Pega da mama:                   | <input type="checkbox"/> Correta   | <input type="checkbox"/> Incorreta  |   |
| Interação mãe/filho:            | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não        |   |
| Achados anormais:               |  |                                     |   |
| Idade alta: _____ Dias          |  | Obs.:                               |   |
| Óbito:                          | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não        |   |
| Causa óbito:                    |  |                                     |   |
| Alimentação:                    | <input type="checkbox"/> Mama  | <input type="checkbox"/> Mista      | <input type="checkbox"/> Artificial     |
| <b>OBSERVAÇÕES DO DOMICÍLIO</b> |  |                                     |   |
| Higiene:                        | <input type="checkbox"/> Satisfatória  | <input type="checkbox"/> Razoável   | <input type="checkbox"/> Insatisfatória |
| Conduta dos familiares:         | <input type="checkbox"/> Receptivo   | <input type="checkbox"/> Insociável | <input type="checkbox"/> Rejeição       |
| Acomodações do RN:              | <input type="checkbox"/> Satisfatória  | <input type="checkbox"/> Razoável   | <input type="checkbox"/> Inadequada     |
| Ventilação:                     | <input type="checkbox"/> Adequada  | <input type="checkbox"/> Razoável   | <input type="checkbox"/> Inadequada     |
| Iluminação:                     | <input type="checkbox"/> Adequada  | <input type="checkbox"/> Razoável   | <input type="checkbox"/> Inadequada     |