



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

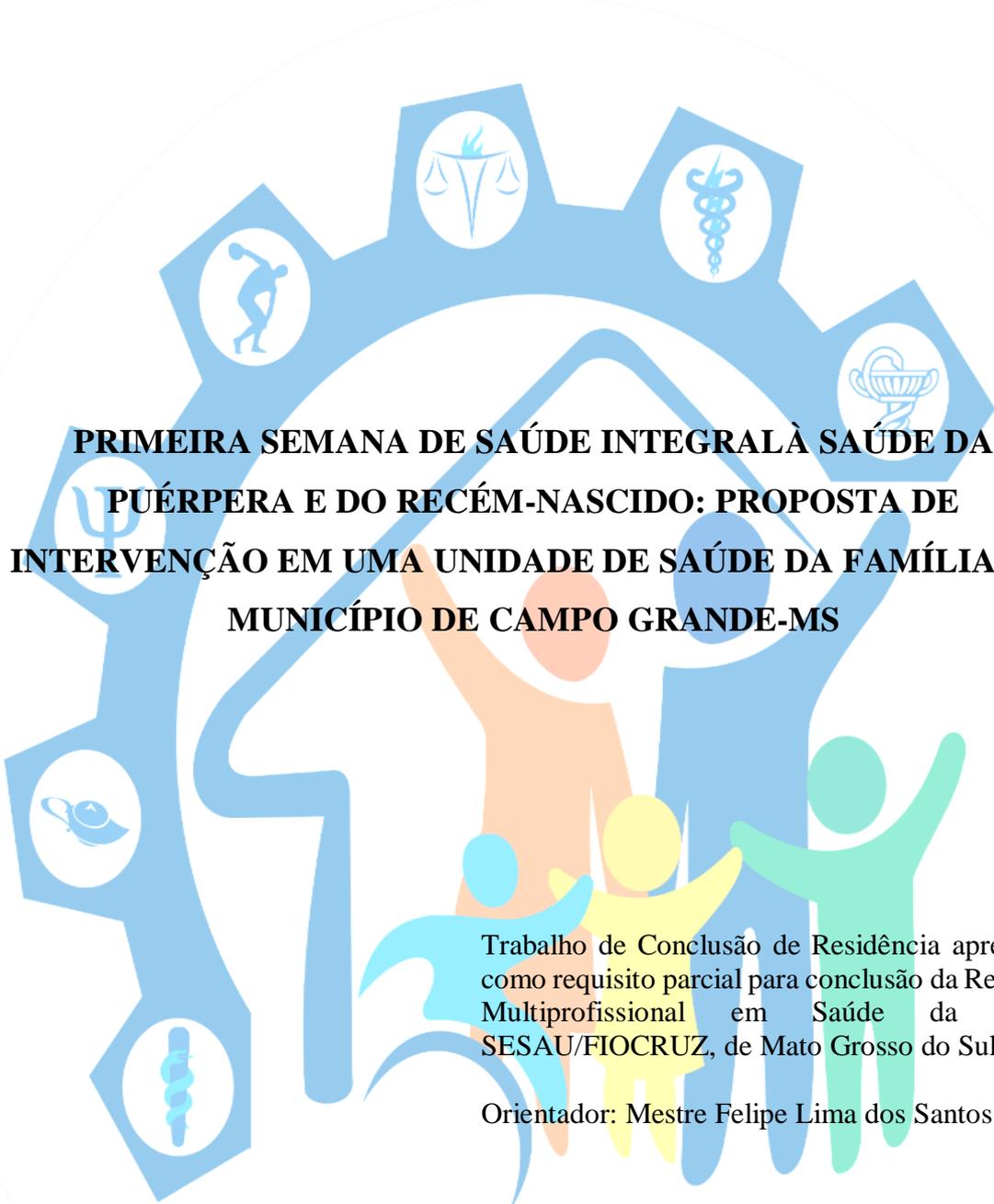
RAVENA DIAS FIGUEREDO RODRIGUES DOS SANTOS

**PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL À SAÚDE DA
PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS**

CAMPO GRANDE - MS

2023

RAVENA DIAS FIGUEREDO RODRIGUES DOS SANTOS



**PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL À SAÚDE DA
PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador: Mestre Felipe Lima dos Santos

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2023



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL À SAÚDE DA
PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS**

por

RAVENA DIAS FIGUEREDO RODRIGUES DOS SANTOS

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 02 de fevereiro de 2023, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. O(a) candidato (a) foi arguido (a) pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.

BANCA EXAMINADORA

Professor (a) Orientador (a) Mestre Felipe Lima dos Santos

Profa. Dra. Ana Carolina Scarpel Moncaio

Membro Titular 1

Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva Corcini

Membro Titular 2

RESUMO

SANTOS, Ravena Dias Figueredo Rodrigues. **Primeira Semana de Saúde Integral à Saúde da Puérpera e Recém-nascido: Proposta de Intervenção em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Campo Grande-MS. 2023.** Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2023.

Introdução: Entre as estratégias indicadas para atuar no cuidado integrado e multiprofissional na realização das ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde, destaca-se a visita domiciliária na primeira semana de vida do recém-nascido e da puérpera, na qual é comprovada a redução da mortalidade neonatal e materna, visto que, a morbimortalidade materna e neonatal geralmente acontecem na primeira semana após o parto. **Objetivo geral:** Propor a implementação da Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido por meio da visita domiciliária na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de um Projeto de Intervenção realizado em uma Unidade de Saúde da Família do município de Campo Grande/MS. Para a realização do Projeto de Intervenção utilizou-se os pressupostos estabelecidos pelo Arco de Maguerez, uma Metodologia da Problematização. Participaram deste Projeto de Intervenção os residentes e preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ e servidores contratados que atuam na Unidade de Saúde da Família. **Resultados alcançados:** Em conformidade com a proposta do Projeto de Intervenção, espera-se que os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Campo Grande/MS desempenhem papel satisfatório e qualificado frente a abordagem da implementação da visita domiciliária, visto que esta ação fortalece o processo do cuidado do binômio mãe e filho, seu arranjo familiar e rede de apoio. **Considerações finais:** O presente Projeto de Intervenção teve como objetivo propor a implementação da Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido por meio da visita domiciliária na Unidade de Saúde da Família Doutor Antônio Pereira Tiradentes.

Palavras chaves: Trabalhadores da Saúde. Período Pós-Parto. Criança. Atenção Primária à Saúde. Visita domiciliária.

ABSTRACT

SANTOS, Ravena Dias Figueredo Rodrigues dos. **First Week of Comprehensive Health for Postpartum Women and Newborns: Proposal for Intervention in a Family Health Unit in Campo Grande-MS. 2023.** Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2023.

Introduction: Among the strategies indicated to act in the integrated and multidisciplinary care in carrying out actions for the promotion, prevention and maintenance of health, the home visit in the first week of life of the newborn and the puerperal woman stands out, where the reduction of neonatal and maternal mortality, since maternal and neonatal morbidity and mortality usually occur in the first week after delivery. **General objective:** To propose the implementation of the First Week of Comprehensive Health for puerperal women and newborns through home visits in Primary Health Care. **Method:** This is an Intervention Project carried out in a Family Health Unit in the city of Campo Grande/MS. In order to carry out the Intervention Project, the assumptions established by the Arch of Maguerez, a Problematization Methodology, were used. Residents and preceptors of the Multiprofessional Residency Program in Family Health SESAU/FIOCRUZ and hired servants who work at the Family Health Unit participated in this Intervention Project. **Results achieved:** In accordance with the Intervention Project proposal, professionals working in the Family Health Strategy in the city of Campo Grande/MS are expected to play a satisfactory and qualified role in the approach to implementing home visits, as this action strengthens the process of care for the mother and child binomial, their family arrangement and support network. **Final considerations:** This Intervention Project aimed to propose the implementation of the First Week of Comprehensive Health for puerperal women and newborns through home visits at the Doctor Antônio Pereira Tiradentes Family Health Unit.

Keywords: Health Personnel. Postpartum period. Child. Primary Health Care. Home visit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEF	Profissional de Educação Física
PI	Projeto de intervenção
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PSSI	Primeira Semana de Saúde Integral à Saúde da Puérpera e Recém-Nascido
RAMI	Rede de Atenção Materno Infantil
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
TNB	Triagem Neonatal Biológica
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita domiciliária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	11
2.2 VISITA DOMICILIÁRIA	14
2.3 PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL À SAÚDE DA PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO (PSSI).....	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 PERCURSO METODOLÓGICO	19
4.1 Tipo de estudo.....	19
4.2 Cenário da intervenção.....	19
4.3 População da intervenção	19
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	20
4.5 Plano de ação e etapas da intervenção	20
4.6 Considerações éticas	23
5 RESULTADOS E AÇÕES ALCANÇADOS	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A - PERGUNTAS NORTEADORAS	38
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39
APÊNDICE C- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	41
APÊNDICE D- FOLDER INFORMATIVO PARA ÀS PUÉRPERAS, RECÉM-NASCIDOS E FAMÍLIA.....	42
APÊNDICE E- FLUXOGRAMA SOBRE A REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA PELA EQUIPE TÉCNICA DE SAÚDE.....	43

APÊNDICE F- FLUXOGRAMA SOBRE A REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	44
ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO EMITIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE MS - SESAU.....	45
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FIOCRUZ - BRASÍLIA	47

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo adotado pelo Ministério da Saúde (MS) visando à reformulação da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como base princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) atua de forma a reorganizar o processo de trabalho na perspectiva de ampliar a resolutividade no processo saúde-doença da população, promovendo relação entre sujeitos que possam ser construtores/moduladores do estilo de vida saudável (BACKES et al., 2012; BRASIL, 2022).

No cotidiano do trabalho na ESF, o enfermeiro presta assistência em todas as fases do ciclo de vida, no que tange a saúde da mulher, inclui assistência ao puerpério, onde o foco está no arranjo familiar e demais redes de apoio envolvidas neste momento. Dessa forma, as atribuições são promovidas desde o ambiente da Unidade de Saúde da Família (USF), bem como no domicílio através da Visita Domiciliária (VD), que por sua vez atua viabilizando a continuidade da assistência no período gravídico-puerperal (MAZZO; BRITO; SANTOS, 2014). Sobre a atenção ao binômio mãe e recém-nascido (RN) destaca-se que:

a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliária na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliária (BRASIL, 2005, p. 80).

O Ministério da Saúde por meio da Coordenação de Atenção à Criança publicou em 2004 a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil com o objetivo de orientar os profissionais que atuam na saúde da criança, enfatizando a necessidade do cuidado integral e multiprofissional tendo como foco compreender as suas necessidades e os seus direitos, seja na unidade de saúde, residência ou espaço coletivo desde a promoção da saúde até ao nível mais complexo de assistência, sendo esta realizada por meio da intersetorialidade com a educação, saneamento básico, dentre outros (BRASIL, 2004).

A mortalidade infantil é um indicador de saúde importante e relaciona-se a outros indicadores de saúde como o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde. Segundo o Relatório de Metas de Desenvolvimento do Milênio (2015), a taxa global de mortalidade para menores de 5 anos caiu de 90 para 43 óbitos por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2015. Observou-se declínio na taxa de mortalidade no Brasil, sendo de 5,5% ao ano entre os anos de 1980 e 1990, para 4,4% ao ano desde 2000. Além disso, destaca-se que a taxa de mortalidade

neonatal precoce (0-6 dias) reduziu de 13,4/1000 nascidos vivos para 8,7 nascidos vivos (BRASIL, 2011).

No Brasil, entre as principais causas dos óbitos infantis na primeira semana de vida, encontra-se a prematuridade, com importância relativamente maior no primeiro dia de vida. Dentre os fatores identificados para a redução dos indicadores mencionados, encontram-se melhoria nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), que por sua vez, atua de forma a promover maior acesso ao pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida (BRASIL, 2021).

Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, as categorias profissionais que compõem a ESF são distintas, entre elas: médico (a), enfermeiro (a), cirurgião (ã) dentista, auxiliar ou técnico (a) em saúde bucal, auxiliar ou técnico (a) em enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde (ACS). À essa equipe ainda são acrescentados os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que fazem parte de diferentes áreas de conhecimento e atuam como apoio matricial às equipes de referência na APS (BRASIL, 2008).

No cotidiano das equipes da ESF, a organização do trabalho se dá nos fazeres de cada profissional atuante, ao adotar uma postura acolhedora, compromissada, baseada na responsabilização do cuidado com os usuários e família, ao estabelecer vínculo, condutas e prioridades para assisti-los em função das suas reais/potenciais necessidades. Para que a efetividade desse cuidado seja alcançada, faz-se necessário que cada profissional utilize seu potencial criativo e crítico-reflexivo de maneira integrada com a equipe em um esforço coordenado para promoção do cuidado (VIEGAS; PENNA, 2013).

A atuação do enfermeiro (a) na APS vem se adaptando na perspectiva de proporcionar um instrumento de mudança na prática de atenção à saúde, correspondendo a proposta do ideal modelo assistencial à saúde, sendo a vigilância em saúde (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017). A qual especifica em sua forma de organização a aplicação de políticas públicas saudáveis e intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação), dentre outros. Desta forma, a atuação do enfermeiro (a) possibilita reorientar a prática diante do contexto epidemiológico vigente, adquirindo competência e foco no cuidado centrado na pessoa e família, ampliando a visibilidade profissional (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, dentre as atribuições específicas do enfermeiro (a) encontra-se: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços

comunitários em todos os ciclos de vida. Além disso, a literatura aponta conhecimento referente a competências técnicas, sejam elas, de conhecimento técnico científico; quanto ao saber das relações com os membros da equipe e com as famílias; priorizando envolvimento e comprometimento para efetividade das atividades desenvolvidas (GALAVOTE et al., 2015).

Entre as estratégias indicadas para atuar no cuidado integrado e multiprofissional na realização das ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde, destaca-se a visita domiciliária na primeira semana de vida do RN, na qual é comprovada a eficácia na redução da mortalidade neonatal, além de associar este desempenho com o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde capacitados para orientar as práticas de cuidado ao RN (SITRIN et al., 2015).

O puerpério inicia-se após o parto e possui durabilidade de, em média, seis semanas. Pode ser dividido em imediato (1º ao 10º dia após o parto), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisto) (BRASIL, 2016). A assistência puerperal está contemplada pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 em um dos componentes da organização da Rede Cegonha- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da criança e em seu subtópico apresenta como ação da saúde o “acompanhamento da puérpera e da criança na APS com visita domiciliária na primeira semana após a realização do parto e nascimento” (BRASIL, 2011, n.p.)

Em um estudo realizado por Lucena et al. (2018) foi possível identificar o adiamento da visita domiciliária à puérpera e RN em virtude do agendamento pelo ACS após a saída do binômio da maternidade e ao hábito de ir para a casa da mãe ou dos familiares neste período puerperal. Além disso, demonstra falha relacionado ao baixo índice de assistência prestado especificamente à puérpera. Sendo assim, levantou-se a seguinte questão de intervenção: Por que não há a realização da visita domiciliária na primeira semana de saúde integral à saúde da puérpera e recém-nascido pelos profissionais da Unidade de Saúde da Família?

Diante do exposto, torna-se necessária a implementação da primeira semana integral da puérpera e do RN pelos profissionais da saúde por meio da visita domiciliária em uma USF do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, visto que, além de ser uma ação preconizada pelo MS, a morbidade e mortalidade materna e neonatal geralmente acontecem na primeira semana após o parto (BRASIL, 2012). Destaca-se ainda, a necessidade de práticas de educação permanente em saúde com foco no pensamento crítico e reflexivo para que estes profissionais atuem de forma a oportunizar o contato direto e os cuidados relacionados ao binômio puérpera-

RN e todo seu arranjo familiar incluindo a equipe de saúde da família como um importante componente neste processo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é um modelo adotado por diversos países desde 1960. A APS proporciona maior e mais efetivo acesso ao SUS tendo como objetivo atuar como modelo preventivo, coletivo, democrático e territorializado na tentativa de romper o enfoque curativista, individual e hospitalocêntrico. Por vários momentos foi descrita como estratégia de atenção à saúde seletiva, com foco na população de baixa renda e portadora de tecnologia simples e limitada. Entretanto, apresenta-se como um modelo amplo, sistêmico e integrado à uma rede de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) realizaram a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, no ano de 1978 e propuseram um acordo e uma meta entre 134 países interligados para atingir maior nível de saúde até os anos 2000, adotando a APS como estratégia (Saúde para Todos no Ano 2000). Este pacto, denominado como Declaração de Alma-Ata, definiu os cuidados primários de saúde como os

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978, p. 01 e 02).

Diante de todo o histórico da APS a nível nacional, perpassando a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a qual reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado e a sua regulamentação por meio da Lei Orgânica da Saúde 8.080 tornou-se possível, de maneira clara e objetiva, a construção de uma política que visasse à reorientação do modelo assistencial, sendo caracterizado como contato prioritário da população com o SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; MATTA; MOROSINI, 2009).

O esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Os dois programas surgem com o objetivo de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em saúde em âmbito local, principalmente nos municípios de pequeno porte, além de implementar ações solicitadas pelo Governo Federal no enfrentamento dos altos índices de morbimortalidade infantil, especialmente no Nordeste do Brasil (FAUSTO; MATTA, 2007; MELO et al., 2018).

Na década de 1990, foram introduzidos os Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, por meio de repasse financeiro fundo a fundo. O que facilitou a implantação da ESF e superou o financiamento por convênio e produção (procedimentos), tendo caráter redistributivo e mais global por meio do PAB fixo (per capita) e do PAB variável (adesão a componentes da ESF) (MELO et al., 2018).

Em 2006, houve a primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), marcada pela concepção da Atenção Básica (AB) ao incorporar atributos da APS, reconhecendo a Saúde da Família como modelo de reorganização da AB. Em sua segunda edição, no ano de 2011, evidencia-se o Requalifica UBS caracterizado pelas construções, reformas, ampliações e informatização das unidades básicas de saúde, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM), inclusão do ponto eletrônico gratuito, modalidades de equipes (consultórios na rua, e ribeirinhas, por exemplo). Diante destes incrementos, observou-se maior incentivo financeiro para AB, no PAB variável (MELO et al., 2018).

Melo et al. (2018) demonstram ainda que os anos de 2014 e 2015, foram marcados pelo início da crise política e econômica no país, tendo forte impacto sobre o SUS. Em 2016, na revisão da PNAB, precede uma portaria que tornava facultativa a presença de ACS nas equipes. Em 2017, houve mudanças nas regras do financiamento do SUS, para adoção dos blocos de custeio e investimento. E por fim, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 de 2016, congelando os gastos em saúde e educação por 20 anos.

Nesse período, o Ministro da Saúde adotou o discurso de eficiência econômica e defendeu a criação de planos privados, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Em 2017, frente a este cenário, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS uma mudança instituída pela nova PNAB (MELO et al., 2018).

Conforme a realidade contextual e necessidade na reformulação do cenário em saúde, surge a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção

Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Esta, considera os termos AB e APS como termos equivalentes (BRASIL, 2017).

Giovanella (2018) afirma que estes termos AB e APS, ao longo de décadas, foram adotados de acordo com o contexto vigente da época. A concepção de APS em Alma-Ata adota componentes essenciais ao SUS. Essa concepção abrangente e incentivada por organismos internacionais foi difundida seguindo uma abordagem seletiva, primitiva, e de cesta de serviços (custo efetivos) e interpretada como medicina para pobres. Portanto, para se opor a essa concepção, o SUS adotou a denominação de Atenção Básica à Saúde. Não obstante, este termo pode também aproximar-se da ideia de serviços básicos de saúde (cuidados em saúde restritos).

A autora faz menção quanto às incertezas e controvérsias referentes ao significado da universalidade e ações propostas pela atenção primária à saúde pretendida. Entre garantir acesso universal com equidade e expandir a cobertura com seguros focalizados (privados, subsidiados) com cesta de cuidados básicos selecionados. E enfatiza a necessidade de defesa da expansão da AB em uma concepção de APS integral (GIOVANELLA, 2018).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 define a AB como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas envolvendo promoção, prevenção, proteção e tratamento à população, por meio do cuidado integral e gestão qualificada através da equipe multiprofissional em território definido. Destaca-se como sendo a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços na rede. A AB é ofertada de forma integral e gratuita para toda a população de acordo com suas necessidades, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

Esta atual portaria, conforme afirma Giovanella (2018), rompe a prioridade dada a ESF, afetando propriamente as ações desta estratégia (equipe multiprofissional, ACS, orientação comunitária, territorialização etc.), que provavelmente terá repercussões negativas afetando diretamente a saúde da população brasileira. O processo na reformulação do repasse financeiro para o SUS, ao encerrar os cinco blocos de custeio (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS) e instalar os blocos de custeio e investimento de acordo com as suas modalidades expressas, causa apreensão para os rumos da APS visto que pode ter seus recursos afetados por pressão de outros níveis de saúde (atenção especializada, procedimentos de diagnose e terapia), no geral, um componente privado importante.

O atual modelo do repasse financeiro pelo Governo Federal corresponde ao Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Este modelo

altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional (BRASIL, 2023).

Para este Projeto de Intervenção, o termo utilizado será “Atenção Primária à Saúde”, visto que, os sistemas públicos universais existentes preconizam uma Atenção Primária à Saúde robusta, sendo, portanto, o objetivo deste projeto de intervenção.

2.2 VISITA DOMICILIÁRIA

As visitas domiciliárias caracterizam-se como atividades externas à unidade, realizadas pelas equipes, principalmente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e é incorporada como tecnologia leve no cuidado. Esta, por sua vez, corresponde sendo produtora de relações de interação, ocorridas entre profissionais e usuários por meio do acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilidade pelo cuidado (SAKATA et al., 2007).

No que corresponde a implementação do modelo assistencial de saúde baseado nos princípios e diretrizes do SUS, em destaque a integralidade e longitudinalidade do cuidado, estes, assumem papel significativo quando analisa-se a VD incluída neste processo, visto que promove condições propícias a mudanças confrontando o modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, o qual se caracteriza predominantemente por possuir pouco vínculo com usuários e família (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Nesse sentido, o espaço domiciliário é potente para a compreensão do verdadeiro contexto de vida da população, vivenciar in loco os determinantes e condicionantes da saúde presencialmente para que o cuidado do indivíduo, família e coletividade seja adequado e coordenado de acordo com as possibilidades reais e os potenciais de vida das pessoas envolvidas neste processo (BRASIL, 2020; SANTOS; MORAIS, 2011).

Gallassi et al. (2014, p. 178 e 179) definem a VD como o

contato pontual entre serviço e população, buscando identificar riscos e demandas, e desenvolver ações de educação e orientação para a saúde. Objetiva promover a autonomia de cada paciente e família na gestão de seu próprio cuidado, através do estabelecimento de metas negociadas por ambas as partes.

Neste sentido, infere-se que a VD atende mais aos objetivos de prevenção e promoção da saúde. Entretanto, as necessidades de saúde do indivíduo e família não se restringem a estas demandas, também havendo necessidades no âmbito do tratamento e da reabilitação da saúde (GALLASSI et al., 2014).

O estudo de Quirino et al. (2020) afirma que a AB tem na residência o menor território de atuação, entendido como além de uma delimitação espacial, mas como lugar de experiência existencial, organizado e caracterizado por relações que se complementam e ao mesmo tempo se deparam com conflitos, possuidor de identidades singulares com diferentes sentidos e significados, os quais, dentre todo este contexto, permite que o ambiente domiciliário seja transformador e potente suficientemente para promover o cuidado em saúde.

A VD ao recém-nascido é uma ferramenta que permite ações para prevenir agravos e promover a saúde, resultando em maior sobrevivência neonatal. Para a obtenção do êxito desta estratégia, torna-se necessário que haja compreensão e sensibilização ao ser realizada entre os dias aos quais o MS preconiza, avaliando tanto as condições físicas do RN quanto a vulnerabilidade do mesmo e o seu arranjo familiar (SOARES et al., 2020).

Soares et al. (2020) estabelecem, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a periodicidade sugerida para realização da VD ao RN mediante a identificação e a síntese de trabalhos, os quais perpassam entre 01 VD até o segundo dia de vida do RN, até 03 VDs na primeira semana de vida e, se necessário, VDs extras.

Os cuidados pós-natais para mães e recém-nascidos, segundo a OMS (2013), adota a recomendação de visitas domiciliárias na primeira semana após o parto como sendo um total de 4 visitas nos seguintes períodos: primeiro dia; terceiro dia; entre o 7º e 14º dias e ao completar seis semanas.

Amorim e Backes (2020) identificam que dentre as fragilidades no acompanhamento de puérperas, RNs e famílias, está o fato de que os cuidados no puerpério são focados no RN, fazendo com que a puérpera e a família fiquem mais distanciados neste processo de saúde. Dito isto, faz-se necessária uma reflexão crítica perante o período puerperal vivenciado pela mulher, visto que, é um processo fisiológico, social, psicológico e transitório, marcado por carga emocional intensa e mudanças em todo o contexto, sejam eles: pessoal, familiar e social.

Sossai e Pinto (2010) apontam a existência do termo 'visita domiciliária' e afirmam que seja este o termo correto, porque a palavra domiciliar remete a um verbo transitivo direto (dar domicílio a; recolher em domicílio), enquanto o termo domiciliário é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e seu feminino é domiciliária. Esta expressão, visita domiciliária, deve ser utilizada para se referir ao instrumento de trabalho utilizado pelos profissionais da saúde e por se constituir em um conjunto de ações interligadas, articuladas e sistematizadas. Apesar destes conceitos, a VD não está resumida a um mero instrumento de intervenção e sim como uma possibilidade para ações transformadoras em saúde para usuários (as) e famílias em

quaisquer graus de complexidade, de territórios de condicionantes de saúde.

2.3 PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL À SAÚDE DA PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO (PSSI)

Seguindo a recomendação do Ministério da Saúde (2004), o qual preconiza o desenvolvimento de ações em saúde na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, destaca-se como linha de cuidado a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), que possibilita o cuidado integral e multiprofissional à puérpera e recém-nascido na primeira semana após o parto com objetivo de identificar riscos ou potenciais riscos que possam afetar o crescimento e desenvolvimento do binômio.

Ações de saúde essas que visam orientar a puérpera acerca dos próprios cuidados em saúde, bem como para o RN; incentivar o aleitamento materno, ofertar apoio diante das necessidades identificadas, orientar, verificar e aprazar as vacinas recomendadas ao RN (BCG e hepatite B) e manter a longitudinalidade do cuidado através do agendamento das consultas de puericultura e do puerpério para que seja possível prestar assistência integral, humanizada e colaborando com a redução da mortalidade infantil (LUCENA et al., 2018).

A Triagem Neonatal Biológica (TNB), metodologia de rastreamento, especificamente com a idade de 0 a 28 dias de vida, é um exame que possibilita a identificação de doenças graves, como: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e as hemoglobinopatias, idealmente deve ser realizada entre o 3º e 5º dias de vida do RN, pois, estas doenças não apresentam sintomas e caso não sejam diagnosticadas precocemente, podem causar diversos danos à saúde, possivelmente irreversíveis (BRASIL, 2009; BRASIL, 2022).

O Ministério da Saúde (2009) recomenda amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida até os dois anos de idade ou mais. As vantagens da amamentação para o binômio estão entre a promoção e proteção da saúde para ambos. O leite materno é a melhor fonte de nutrição para as crianças, além de ser mais econômico e eficiente para diminuir a taxa de mortalidade infantil, sendo capaz de reduzir em até 13% o índice de óbito em crianças menores de cinco anos. Protege a criança contra as doenças mais incidentes nesta faixa etária: infecções respiratórias, diarreia, alergia. Além de prevenir futuramente o desenvolvimento de hipertensão, obesidade, diabetes, entre outros (BRASIL, 2009).

Na atualidade, no que tange às políticas públicas, especificamente as portarias, foi lançada a Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022, a qual institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), enfatizando unilateralmente a atuação dos médicos obstetras, excluindo a

atuação da Enfermagem obstétrica. Nota-se, nitidamente o desmonte da Portaria da Rede Cegonha, sendo considerada a mais bem sucedida política pública de assistência materno-infantil e familiar do SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor a implementação da Primeira Semana de Saúde Integral à puérpera e ao recém-nascido por meio da visita domiciliária na Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos específicos

Identificar as potencialidades e fragilidades para realização da visita domiciliária na Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido;

Definir estratégias conjuntas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família para minimizar a baixa realização da visita domiciliária na Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um Projeto de Intervenção (PI) realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Campo Grande/MS.

O PI é um instrumento utilizado para organizar ações e tomar decisões, de modo a realizar objetivos pretendidos. Com isso, torna-se possível delimitar a situação problema para implementar mudanças (PAZ et al., 2014).

4.2 Cenário da intervenção

O Projeto de Intervenção foi realizado na USF Dr. Antônio Pereira Tiradentes, localizada no município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Campo Grande, MS, apresenta-se organizada em Rede de Atenção Básica, Rede de Atenção Especializada, Rede de Atenção Odontológica, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) E Rede de Urgência e Emergência (RUE) (CAMPO GRANDE, 2020).

A rede de APS apresenta-se por meio de 7 Distritos Sanitários, sendo o Distrito Bandeira responsável pela USF do PI em questão, com atuação de 08 Equipes em Saúde da Família. Conta com os serviços em saúde do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO II, Centro de Saúde Regional (CRS), Hospital da Mulher, Policlínica Odontológica - Universitário, 10 Unidades (7 UBSF/3UBS), 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), E 03 Unidades de Suporte Básico (USB) (CAMPO GRANDE, 2020).

A distribuição das Unidades com Residência em Saúde da Família está organizada por território, totalizando 09 unidades.

A USF adotou o Programa Saúde na Hora, o qual permite o funcionamento das 07h00 às 22h00 dos serviços de saúde. Além deste, adotou o Previne Brasil como modelo de financiamento da APS, instituído em 2020. Este modelo de financiamento foi adotado pela gestão municipal.

4.3 População da intervenção

Participaram deste Projeto de Intervenção os residentes e preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ e servidores contratados que atuam na USF. Os residentes participantes do PI compreendem as seguintes categorias

profissionais: Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Profissional de Educação Física (PEF) e Serviço Social. Em relação aos preceptores da residência, participaram profissionais da área de Enfermagem, Fisioterapia e Serviço Social. Dos servidores contratados participaram o Médico de Família e Comunidade, Supervisora Técnica do Núcleo de Enfermagem e Gerente da USF.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

O PI adotou como critérios de inclusão os profissionais da saúde inseridos no ambiente de trabalho da USF, sendo eles residentes, preceptores, servidores concursados e servidores contratados. Como critérios de exclusão, foi utilizado a ausência destes profissionais por estarem escalados para o serviço de assistência ao Programa Saúde na Hora, trabalhadores em período de férias, atestados e/ou licenças.

4.5 Plano de ação e etapas da intervenção

Para a realização do PI utilizou-se os pressupostos estabelecidos pela Metodologia da Problematização, na qual o sujeito é levado a se voltar para a realidade que o cerca e a partir disso se torna capaz de refletir sobre essa realidade e indagar razões do que lhe parece problemático. Tem-se, portanto, a realidade do (s) sujeito (s), o cenário no qual está inserido e onde os problemas podem ser visualizados, compreendidos e solucionados (BORILLE et al., 2012).

Charles Maguerez desenvolveu o esquema de trabalho denominado Método do Arco (Arco de Maguerez), o qual adota como ponto de partida a observação da realidade de maneira ampla, com o objetivo de identificar o que há de necessário a ser trabalhado através de etapas fundamentais com a finalidade da transformação desta realidade (COLOMBO; BERBEL, 2007).

O esquema do Arco possui 05 etapas. A primeira etapa é a observação da realidade e definição do problema. Ou seja, os participantes são levados a observar a realidade em si e identificar características que possam contribuir para transformar a realidade observada. A segunda etapa se dá a partir da definição do problema, que corresponde a etapa anterior, de forma mais reflexiva acerca dos possíveis fatores relacionados ao problema, possibilitando maior compreensão da complexidade do mesmo. Com isso, torna-se possível a definição dos Pontos-chave permitindo uma nova reflexão (COLOMBO; BERBEL, 2007).

A Teorização, terceira etapa do Arco de Maguerez, é onde ocorrem respostas mais

elaboradas para o problema. Os dados obtidos e registrados são analisados e discutidos a fim de encontrar sentido para eles. A quarta etapa, Hipóteses de Solução, é o momento em que a criatividade deve ser aplicada para encontrar alternativas de solução. E a última etapa, Aplicação à Realidade, possibilita a intervenção através de estratégias para manejar situações associadas à solução do problema (COLOMBO; BERBEL, 2007).

A elaboração do plano de ação se deu por meio de encontros presenciais em rodas de conversa na USF, especificamente, na sala de reuniões (auditório) e consistiu em:

1ª Etapa do Arco - Observação da realidade define-se como e o que precisa ser trabalhado, investigado, corrigido, aperfeiçoado e/ou reformulado.

1º encontro - 2º Etapa do Arco

Ocorreu no período matutino no dia 30/09/2022 e consistiu na identificação dos pontos-chaves que foram levantados e discutidos juntamente com os participantes do projeto de intervenção por meio de perguntas norteadoras (APÊNDICE A) que foram realizadas em roda de conversa.

2º encontro - 3ª Etapa do Arco:

Ocorreu no período matutino no dia 21/10/2022 onde a proposta pautava-se na investigação dos pontos-chaves por meio da leitura de 03 artigos científicos pelos participantes que se uniram em formato de grupo, e após a leitura as potencialidades e fragilidades foram identificadas e descritas em papéis cartolina e canetas coloridas para fomentar as discussões das ideias apontadas.

3º encontro- 4ª Etapa do Arco:

Ocorreu no período matutino no dia 28/10/2022 e consistiu no levantamento das hipóteses de solução por meio da utilização do método 6.3.5 (adaptado pela pesquisadora). Esta técnica possibilitou que os participantes desenvolvessem a criatividade para formular estratégias que pudessem solucionar a problemática de maneira colaborativa e integrada.

4º encontro- 5ª Etapa do Arco:

Ocorreu no período matutino no dia 04/11/2022 e se deu através da sintetização de todos os pontos discutidos nos encontros anteriores para que se pudesse traçar quais seriam as alternativas viáveis para aplicação à realidade da USF. Em conjunto, a pesquisadora e os participantes foram elencando as estratégias que poderiam ser aplicadas, além de como estas seriam desenvolvidas.

Dentro do planejamento da semana padrão dos residentes pelo Programa de Residência Multiprofissional está disposto o Canal Teórico de Campo, onde os residentes e preceptores se reúnem em um espaço físico disposto na USF, semanalmente, no período matutino, em horário

específico e flexível, para que haja encontros científicos com o objetivo de discutir casos e protocolos clínicos e a organização do serviço além de fomentar discussões multiprofissionais que englobam o processo de trabalho da USF, considerando o cuidado multi e interprofissional (CAMPO GRANDE, 2022).

Para dar início ao PI, foi realizado um convite a todos os profissionais da USF, por meio de aplicativo de mensagens instantâneas (*WhatsApp*), onde foi apresentada a temática do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), os objetivos, a descrição dos respectivos dias para realização dos encontros e a importância da participação dos profissionais, sobretudo em todos os encontros.

Seguindo a proposta da metodologia do Arco de Maguerez, os encontros e etapas foram realizados, respectivamente nos dias: 30/09/2022 – 21/10/2022 – 28/10/2022 – 04/11/2022. As lacunas referentes aos dias 07/10/2022 e 14/10/2022 ocorreram devido a necessidade em suprir demandas internas na unidade, com a presença da maioria dos profissionais, portanto, a supervisora técnica sugeriu que o encontro que seria realizado no dia 07/10/2022 fosse adiado. O adiamento da segunda data ocorreu por motivo de atestado da pesquisadora.

A primeira etapa do Arco de Maguerez corresponde a observação da realidade, a qual foi realizada por meio da observação participante e utilização do diário de campo elaborado pela pesquisadora. Aguiar e Rocha (1997) enfatizam que na pesquisa-intervenção, a relação entre pesquisador(a), participantes e fenômeno pesquisado transforma-se na produção de conhecimento, formada a partir do grupo, e que determinará os próprios caminhos da pesquisa.

A utilização de diários de campo como ferramenta de pesquisa permite visualizar aspectos da implicação do(a) pesquisador(a) com o campo estudado. Compreende desde a descrição das etapas do estudo, desenvolvimento das atividades realizadas a possíveis alterações realizadas ao longo do percurso da pesquisa, além de servir como uma narrativa textual das impressões do(a) pesquisador(a). Desta forma, se constitui como ferramenta de intervenção ao provocar reflexões sobre a própria prática de pesquisa (KROEF; GAVILLON; RAMM, 2020).

Ao utilizar estas ferramentas, tornou-se possível descrever pontos-chaves encontrados nos processos de trabalho da USF, dentre eles constam a existência de uma planilha de monitoramento das puérperas e recém-nascidos pertencentes às unidades de saúde correspondentes ao distrito sanitário local. Esta planilha é preenchida conforme o formulário de alta, que é realizado pelas maternidades e hospitais.

Desta forma, as Unidades de Saúde e NASF-AB podem ter acesso às informações em tempo oportuno e garantir a continuidade da assistência. Enquanto pesquisadora, foi possível observar pela rotina diária dos processos de trabalho na USF, que, os profissionais das eSF, não realizam de maneira padronizada e sistemática a visita domiciliária na primeira semana de saúde integral à saúde da puérpera e recém-nascido, geralmente sendo realizada pela pediatra, a qual compõe a equipe do NASF-AB.

Para o primeiro encontro e segunda etapa do Arco, foi utilizado o programa *Powerpoint* para descrever, resumidamente, a proposta do PI e esclarecer as dúvidas existentes pelos participantes. Em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi entregue a todos os participantes, acompanhado pela leitura integral deste documento pela pesquisadora.

Posteriormente, o Perfil Sociodemográfico (APÊNDICE C) foi aplicado com o objetivo de se obter um panorama específico referente à pluralidade dos participantes.

4.6 Considerações éticas

Este projeto de intervenção foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - SESAU (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-Brasília) protocolado com número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 61104422.6.0000.8027 e parecer de aprovação número 5.575.053, emitido em 10 de agosto de 2022 de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde brasileiro (ANEXO B).

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do projeto de intervenção e como sua confidencialidade seria protegida, bem como quanto ao direito de se retirar do projeto de intervenção a qualquer momento. Aqueles que concordaram em participar consentiram de forma escrita (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS E AÇÕES ALCANÇADOS

Inicialmente o PI contou com a participação de 17 trabalhadores da saúde, sendo uma delas, por meio da modalidade virtual (videoconferência). No segundo, terceiro e quarto encontros, o quantitativo de participantes foi diminuindo gradativamente, sendo as ausências justificadas por meio de férias, atestado e escala na organização dos trabalhadores para atender ao programa Saúde na Hora. Tendo, portanto, a participação de cinco trabalhadores da saúde no último encontro. Exceto o primeiro encontro, a participação por meio de modalidade virtual nos demais encontros não foi recomendada, visto que a proposta do PI baseia-se instantaneamente na discussão, compartilhamento de ideias e atividades grupais.

Apesar do déficit de participantes nas fases do projeto, as perspectivas permanecem positivas devido ao comprometimento e dedicação dos participantes, para fomentar uma discussão pautada na ciência e no desenvolvimento dos processos de trabalho que possam ser efetivos tanto para os profissionais da saúde quanto para os usuários (as). Principalmente pela vigência do Programa de Residência em Saúde da Família na modalidade multiprofissional, a qual permite que o conhecimento e experiência sejam ampliados de maneira integral.

Os participantes que se auto declararam como sendo do gênero feminino foram 11 (onze). Os participantes autodeclarados do gênero masculino totalizaram 05 (cinco). E por fim, a participação de uma pessoa do gênero definido como não-binare. A média da faixa etária dos participantes, está entre: 20 a 30 anos. Dentre eles (as), estão as categorias profissionais: assistente social 02 (dois), cirurgiã-dentista 02 (dois), enfermeiro(a) 06 (seis), fisioterapeuta 03 (três), médico 01 (um), professor 01 (um), profissional de educação física 01 (um) e técnica de enfermagem 01 (um).

O tempo de formado (a) em meses de cada participante, apresentou-se desde 09 meses a 156 meses. Sendo em sua maioria graduados por instituições de ensino superior da rede pública e à prestação de serviços em saúde por meio de regime de contratação da modalidade Residência em Saúde (residentes do primeiro ano). O tempo em meses dos profissionais atuantes na USF percorreu desde 14 dias a 36 meses, sendo que em sua maioria não tiveram experiência prévia na APS.

Para fomentar a discussão da proposta do PI, houve a aplicação de perguntas norteadoras (APÊNDICE A), através de material impresso e distribuído a cada participante do PI. Utilizou-se a estratégia da roda de conversa para alocação dos participantes. Neste momento, realizou-se a leitura de cada questionamento descrito, as respostas de modo que as trocas de conhecimentos ocorriam simultaneamente após cada pergunta realizada, por meio da

comunicação verbal e escrita. Partindo-se das perguntas norteadoras, tem-se que a maioria dos profissionais declararam conhecimento prévio pela portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a qual institui a Rede Cegonha. Todavia, outros afirmaram conhecimento deste documento somente durante a apresentação do PI. Os participantes argumentaram a importância deste conhecimento para realização do processo de trabalho multiprofissional baseado na garantia da oferta dos serviços de saúde, sobretudo visando garantir o direito da assistência integral de maneira efetiva à puérpera e recém-nascido. Discutiu-se ainda sobre a otimização do serviço por meio do estabelecimento de fluxos de atendimento, promoção do acesso, bem como padronização dos atendimentos realizados. Sendo fundamental ainda, a constante realização da vigilância ao binômio mãe-RN, ou seja, realizar busca ativa em conformidade com a condição de saúde apresentada. Dentre a percepção individual dos profissionais frente a realização da visita domiciliar na primeira semana à puérpera e ao recém-nascido, foi elencada a problemática relacionada à dificuldade de inclusão da categoria de fisioterapia, apesar de afirmar a importância desta visita para identificação precoce de alterações de reflexos e marcos motores. E ainda a responsabilização normalmente direcionada para a categoria da enfermagem, especificamente os enfermeiros e enfermeiras, para realizar as visitas domiciliares.

Os profissionais da odontologia afirmam a importância da visita domiciliar para o processo de cuidar em saúde bucal, os quais servirão para o resto da vida do binômio puérpera-RN. Além disso, notou-se a importância da realização do primeiro exame clínico do recém-nascido e oportunizar medidas de orientação e prevenção de agravos ao binômio. Dentre as potencialidades destacam-se a identificação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) e atuações de outros profissionais não contemplados pelo programa (técnicos de enfermagem e ACS), otimização do acesso à saúde, fortalecimento dos atributos da APS e o aumento dos indicadores relativos aos cuidados à puérpera e ao RN. As fragilidades são percebidas através do quantitativo elevado de gestantes que não residem no território adscrito, dificuldades em modificar a agenda semanalmente devido a presença de usuários previamente agendados, dificuldades para locomoção no território da USF, falta da adesão da equipe multiprofissional, dificuldade para a realização da visita domiciliar dentro dos horários estabelecidos na unidade, quantitativo elevado de demandas assistenciais e gerenciais da unidade, descentralização do cuidado, período insuficiente para

realização da vigilância, falta de planejamento, dificuldades de estabelecimento de vínculo com a equipe de referência e com a unidade. Diante deste cenário, estratégias foram elencadas pelos participantes para a implementação da visita domiciliária à puérpera e recém-nascido na USF: descentralizar a responsabilidade dos enfermeiros e enfermeiras com o objetivo de compartilhar com outras categorias profissionais o cuidado ao binômio puérpera-RN, realização de busca ativa por meio da vigilância para obter melhores informações a respeito do binômio e a realização de agendamentos da visita domiciliária por meio dos ACSs ou por contato telefônico. Após a percepção do déficit de visitas domiciliárias ao binômio e família na USF houve o questionamento aos participantes sobre como poderia ser realizada a educação em saúde para as puérperas, famílias e coletividades a respeito da visita domiciliária e nota-se que esta temática pode ser abordada durante as consultas do pré-natal, na padronização do fluxo, na geração de vínculo com a gestante, na criação do grupo de gestantes, no processo de trabalho dos ACSs, nas ações realizadas no território e durante as visitas domiciliárias.

Seguindo o percurso metodológico, para a realização do segundo encontro e terceira etapa do Arco de Maguerez, foram adotados 03 artigos científicos, intitulados: gestão do cuidado de enfermagem a puérperas e recém-nascidos na Atenção Primária à Saúde (AMORIM; BACKES, 2020), tempo ideal para a realização da visita domiciliária ao recém-nascido: uma revisão integrativa (SOARES et al., 2018) e primeira semana de saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (LUCENA et al., 2018). Os participantes foram orientados a dividir-se em grupos, onde cada grupo seria responsável pela leitura de um dos artigos selecionados para o PI. A formação dos pequenos grupos ocorreu através da livre escolha dos participantes. Após a finalização da leitura, foram entregues papéis cartolina e canetas coloridas para que pudessem descrever as potencialidades e fragilidades identificadas, bem como, pontuações pertinentes à proposta dos artigos e em seguida, seguiu-se com o compartilhamento das ideias para todos os participantes da roda de conversa.

O grupo I, formado por fisioterapeuta 02 (dois) e enfermeiro 01 (um) utilizou o artigo intitulado "Gestão do cuidado de enfermagem a puérperas e recém-nascidos na Atenção Primária à Saúde". O grupo II, formado por enfermeiras 02 (dois), utilizou o manuscrito "Tempo ideal para a realização da visita domiciliária ao recém-nascido: uma revisão integrativa". E por fim, o grupo III, formado por cirurgiã-dentista 01 (um), fisioterapeuta 01 (um) e acadêmica de fisioterapia 01 (um), utilizou o artigo "Primeira semana de saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família".

Após a orientação dada pela pesquisadora, o grupo I apresentou a produção com as seguintes potencialidades: indicadores norteando o processo de trabalho, avaliação das singularidades das puérperas, acolhimento, vinculação intersetorial, participação dos ACSs, visita domiciliária ao binômio, vigilância em saúde efetiva e políticas públicas específicas. E como fragilidades: foco na visão da enfermagem, segmentação do cuidado e atendimento focado na mulher. Além disso, houve um adicional explicitado pelos participantes deste grupo, na qual descrevem a ausência do cuidado multiprofissional.

O grupo II apresentou definições a respeito do tempo ideal para realização da visita domiciliária à puérpera e recém-nascido, onde demonstram que para a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta visita deve ocorrer preferencialmente até o 2º dia pós-parto. E, para o Ministério da Saúde (MS), deve ocorrer preferencialmente até o 5º dia. Os participantes afirmam que, neste período, o binômio puérpera-RN ainda se encontra na instituição, onde é possível notar o elevado número de cesáreas e enfatizam que nas primeiras 48h pós-parto, é o período em que ocorrem mais de 50% das mortes neonatais. O grupo apresenta como potencialidade a criação do grupo de gestantes na USF e a abordagem conscientizadora referente à visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido. E as fragilidades listadas são a barreira geográfica/transporte, elevada carga de trabalho dos profissionais, diminuição da notificação da alta hospitalar, foco no programa verticalizado, foco no especialista e desconhecimento por parte do pai sobre a visita domiciliária.

O grupo III apresentou como potencialidades as orientações sobre os cuidados básicos, promoção do aleitamento materno, empoderamento da mulher e o vínculo do profissional com a família. E as fragilidades identificadas foram o tempo de retorno ao domicílio (cesárea), centralização do cuidado focada nos enfermeiros e nas enfermeiras, desconhecimento dos profissionais do tempo ideal para realizar as visitas domiciliárias, menor foco ao cuidado à puérpera, deslocamento das puérperas após o parto para fora da área de abrangência, desconhecimento das políticas voltadas para o binômio puérpera-RN e as falhas nas orientações à respeito do fluxo do cuidado prestado. A realização do penúltimo encontro e quarta etapa do Arco ocorreu por meio da utilização de uma atividade grupal, utilizando o método 6.3.5 - 6 participantes, 3 ideias e 5 minutos adaptada pela pesquisadora. Esta técnica grupal permite a geração de ideias e a elaboração de propostas para a solução de problemas de forma colaborativa. Dessa forma, houve a participação de 08 integrantes, orientados a escrever em folhas de papel 03 ideias para solucionar as fragilidades identificadas para realização da visita domiciliária à puérpera e recém-nascido em 2 minutos (AEC, 2023).

Após cada membro finalizar a elaboração das ideias, ele deve ser repassado para o

integrante ao seu lado, em sentido horário. E em seguida, inicia-se uma nova rodada onde o profissional lê as ideias do colega e complementa ou adapta estas ideias. Portanto, totalizaram-se 26 propostas na tentativa de solucionar as lacunas apresentadas para realização da visita domiciliária (AEC, 2023). Dentre as ideias, podem ser destacadas a criação do grupo de gestantes para reforçar a importância da VD na primeira semana ao binômio, a necessidade de considerar a primeira semana até o 7º dia para realização da VD, priorizar gestantes que realizaram pré-natal de alto risco para fazer VD ao binômio na primeira semana, conscientização da gestante no pré-natal sobre quais os processos em saúde no pós parto, educação permanente e continuada para a equipe, otimizar os atendimentos entre a gestante e o parceiro com o objetivo de a criação vínculo com a família. Bem como a pactuação entre a equipe sobre quais os procedimentos necessários e em quais momentos para serem realizados teleconsultas para agendamentos das visitas dividido por cada membro da equipe, agendamento da visita por meio do ACS e comunicação em reuniões de equipe, orientação na maternidade sobre a importância da primeira consulta e da possibilidade de ser feita por meio da visita domiciliária, assim como o rastreamento das puérperas pós alta para garantir a visita na primeira semana.

Foram identificadas também as seguintes estratégias para a implementação da semana integral de cuidado ao binômio puérpera-RN: criação de escala de revezamento entre todos os profissionais da equipe para realizar as visitas, necessidade de aprimoramento da comunicação de alta das puérperas e recém-nascidos com definição de fluxo entre referência e contrarreferência, implementação de práticas efetivas de educação em saúde durante a gestação para ter ciência do atendimento na primeira semana e informá-la que em caso de mudança de endereço na primeira semana pós parto é necessário avisar à equipe e a unidade de saúde. Em conjunto com os ACSs, promover ampliação do vínculo, criação de um fluxo específico para instrumentalização dos profissionais e adequação da equipe, teleconsulta em caso de deslocamento da puérpera para fora do território, integração entre a unidade de escolha da gestante para realização do pré-natal e sua unidade de referência no início do pré-natal, responsabilizando a unidade que realizou o pré-natal para realização do primeiro atendimento.

Para finalização do PI, o último encontro e quinta etapa do Arco de Magueréz, se deu através da sintetização de todos os pontos discutidos nos encontros anteriores para que se pudesse traçar quais seriam as alternativas viáveis para aplicação à realidade da USF. Em conjunto, a pesquisadora e os participantes (5) foram elencando as estratégias que poderiam ser aplicadas além de como estas seriam desenvolvidas. Em conjunto, optou-se pela criação do grupo de gestantes como ponto de partida, utilizando a proposta de iniciar o grupo com todas as gestantes adscritas no território da USF, para ser iniciado preferencialmente na segunda quinzena de fevereiro de 2023, visto que as gestantes podem estar em período de férias e/ou recessos de fim de ano. O fluxo para o funcionamento deste grupo será de forma quinzenal e em horário estendido das 18h00 às 19h00.

Estabeleceu-se a definição de 01 coordenador (a) e 01 apoiador (a) para a coordenação e realização das atividades e ações pertinentes ao grupo com apoio dos outros colaboradores da equipe. Além disso, destacou-se a importância da participação dos ACSs para facilitação do acesso e estabelecimento e fortalecimento do vínculo com as gestantes e que estes seriam convidados a participar das atividades do grupo. Em seguida, foi destacada a necessidade de realização de práticas de Educação em Saúde para as gestantes e parceiro (a) com a utilização de folder informativo (APÊNDICE D), onde os principais pontos abordados serão informar sobre a visita domiciliar na primeira semana pós parto, identificar a importância dos exames a serem realizados na primeira semana de vida do recém-nascido e puérpera, descrever a importância da realização do pré-natal do parceiro, nomear os sinais de alarme que podem acometer o binômio, especificar dados da gestante manualmente, identificando-a por nome e qual equipe está vinculada e mencionar o telefone da unidade para contato. Como terceira estratégia para aplicação à realidade, foi identificada a necessidade da criação de um fluxograma para os profissionais da equipe técnica (APÊNDICE E), tendo as seguintes especificações: ficha de avaliação contendo - orientações gerais (aleitamento materno, calendário vacinal, limpeza do coto umbilical, realização do banho, posição ideal para dormir, sinais de alarme e triagem neonatal). Além disso, orientações gerais para a puérpera (abordagem sobre a dificuldade para amamentar, mastite, lóquios e higiene local da ferida operatória). E por fim, a identificação para anotações do exame físico (peso, comprimento, perímetro cefálico).

Para finalizar a proposta das estratégias, foi abordada a importância da criação de um fluxograma para os ACSs (APÊNDICE F), abordando o desenvolvimento das potencialidades

inerentes ao processo de trabalho desta categoria, com conteúdos que possibilitem às orientações gerais, como a visita domiciliária na primeira semana, informações sobre as consultas periódicas de puericultura, calendário vacinal e triagem neonatal. E complementado sucintamente com alguns sinais de alarme: cianose (lábios roxos), icterícia (corpo amarelado). Enfatizando o esclarecimento dos termos técnicos. Em conformidade com a proposta do PI, espera-se que os profissionais atuantes na ESF do município de Campo Grande/MS desempenhem papel satisfatório e qualificado frente a abordagem da implementação da VD, visto que esta ação fortalece o processo do cuidado do binômio mãe e filho, seu arranjo familiar e rede social envolvida, além de atingir princípios e diretrizes do SUS que preconizam assistência humanizada como elo principal entre as equipes e os usuários do território. Além disso, estreitar a relação profissional entre os participantes diante dos encontros ofertados para que todos trabalhem de maneira planejada, possibilitando a efetividade da ação proposta. A proposta do PI em questão, possivelmente trará benefícios às puérperas e RNs do território adscrito, tendo impacto diretamente em seu processo de saúde e aumento dos indicadores no que tange a assistência ao binômio mãe-filho e seu arranjo familiar. Além de beneficiar a equipe de saúde multiprofissional da USF, visto que além de ser uma unidade- escola, apresentando características do ensino em serviço, visa a melhorar o desempenho do trabalho em equipe multiprofissional com foco no cuidado centrado na pessoa e família.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Projeto de Intervenção teve como objetivo propor a implementação da Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido por meio da visita domiciliária na Unidade Dr. Antônio Pereira Tiradentes – USF Tiradentes, com a participação de 17 profissionais de saúde de diferentes categorias na segunda etapa e destes, a participação de 05 profissionais de saúde na última etapa.

A ausência de todos os preceptores e outros residentes na pesquisa permite refletir sobre o grau de importância e comprometimento dos trabalhadores da saúde para o aprimoramento da assistência prestada aos usuários, famílias e coletividade, bem como do incentivo pela gestão local para que esses encontros científicos aconteçam.

Espera-se que os profissionais atuantes nesta USF do município de Campo Grande/MS desempenhem papel satisfatório e qualificado frente a abordagem da implementação da VD, visto que esta ação fortalece o processo do cuidado do binômio, seu arranjo familiar e rede social envolvida, além de atingir princípios e diretrizes do SUS que preconizam assistência humanizada. Além disso, possibilita estreitar a relação profissional entre os participantes diante dos encontros ofertados para que todos trabalhem de maneira planejada, possibilitando a efetividade da ação proposta.

A implementação da visita domiciliária possivelmente trará benefícios às puérperas e RNs do território adscrito, tendo impacto diretamente em seu processo de saúde e aumento dos indicadores no que tange a assistência ao binômio e seu arranjo familiar. Além de beneficiar a equipe de saúde multiprofissional da USF a melhorar o desempenho do trabalho em equipe multiprofissional com foco no cuidado centrado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 30/04/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.fundatec.org.br/home/portal/concursos/88/leis/CONSTITUICAO_FEDERAL.pdf. Acesso em: 12/05/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12/05/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 14/05/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Teste do pezinho. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/teste-do-pezinho>. Acesso em: 03/05/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha incentivativa o aleitamento materno no Brasil**. Governo do Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/07/campanha-incentiva-o-aleitamento-materno-no-brasil>. Acesso em: 14/05/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : **Saúde das Mulheres**, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Previne Brasil – Modelo de financiamento para a APS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 17/02/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à**

Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Mortalidade infantil no Brasil. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília, v. 52, n. 37, Out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 18/12/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional da Triagem Neonatal**. Sec. de Atenção Especializada à Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/sangue/programa-nacional-da-triagem-neonatal>. Acesso em: 03/05/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desmonte da Rede Cegonha é destaque em boletim informativo**. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/desmonte-da-rede-cegonha-e-destaque-em-boletim-informativo_98410.html. Acesso em: 07/05/22.

AGUIAR, K; ROCHA, M. L. Práticas universitárias e a formação sócio-política. **Revista de Psicoanálisis y Cultura**. Disponível em: <https://www.acheronta.org/acheronta11/socio-politica-p.htm>. Acesso em: 07/05/2022.

ALBUQUERQUE, A; BOSI, M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009.

AMORIM, T; BACKES, M. Managing nursing care to puerpera e and newborns in primary healthcare. **Rev Rene**. Santa Catarina: e43654, mai, 2020;2021.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CALIDAD. **Método 6-3-5**. Disponível em: <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/metodo-6-3-5>. Acesso em: 08/01/2023.

BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, 17(1):223-230, 2012.

BORILLE, D. *et al.* A Aplicação do Método do Arco da Problematização na Coleta de Dados em Pesquisa de Enfermagem: Relato de Experiência. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, fev, 2012.

CAMPO GRANDE. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: Manual do Residente Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ**. Campo Grande, 2022.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Atenção Primária - Situação Atual e Perspectivas**. Prefeitura Municipal de Campo Grande, 2020. Disponível em: http://labinovaapsfiocruz.com.br/portal/documentos_do_portal/rmfs/aulas/atencao_primaria_situacao_atual_e_perspectivas.pdf. Acesso em: 12/01/2023.

COLOMBO, A; BERBEL, N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

FAUSTO, M; MATTA, G. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2007.

FERREIRA, S; PÉRICO, L; DIAS, V. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm**. 2018;71(Supl 1):704-9.

GALAVOTE, H. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, Espírito Santo, 20(1) Jan-Mar 2016.

GALLASSI, C. et al. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sci.** 2014; 39(3):177-185, São Paulo, 2014.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 34(8):e00029818, 2018.

KROEF, R.; GAVLLON, P.; RAMM, L. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.

LUCENA, D. et al. Primeira semana de saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.** 2018;39e2017-0068.

MATTA, G; MOROSINI, M. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 30/04/2022.

MAZZO, M; BRITO, R; SANTOS, F. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5):663-7.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados pós-natais para mães e recém-nascidos**. Disponível em: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-pr.pdf>. Acesso em: 08/05/2022.

PAZ, A. et al. Orientação para elaboração do Projeto de Intervenção Local (PIL). Projeto de Intervenção Local: Concepção e estrutura. **Coordenação do Programa de Pós-graduação em Educação**. Brasília, 2014.

QUIRINO, T. et al. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir

dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 253-273, jan-jun, 2020.

SAKATA, K. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília 2007 nov-dez; 60(6): 659-64.

SITRIN, D. et al. Melhorando as práticas de cuidados com recém-nascidos por meio de visitas domiciliares: lições de Malawi, Nepal, Bangladesh e Uganda. **Ação global de saúde**. 31 de março de 2015 8:23963.

SOARES, A. et al. Tempo ideal para a realização da visita domiciliar ao recém-nascido: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(8):3311-3320, 2020.

SOSSAI, L; PINTO, L. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Cienc Cuid Saúde**, 2010 Jul/Set; 9(3): 569-576.

TEIXEIRA, C.; PAIM, J.; VILASBOAS, A. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 7, n. 2, jun. 1998.

The Millennium Development Goals Report. United Nations Statistics Division (US). **Millennium Development Goals Indicators**. Disponível em: <https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>. Acesso em: 27/04/22.

VIEGAS, S.; PENNA, C. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da Equipe de Saúde da Família. **Esc Anna Nery** (impr).2013 jan-mar; 17(1):133-141.

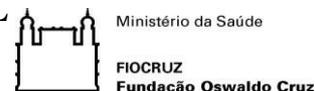
APÊNDICE A - PERGUNTAS NORTEADORAS

- 1) É do seu conhecimento a portaria do Ministério da Saúde referente à visita domiciliária na primeira semana à puérpera e ao recém-nascido?
- 2) Qual a importância do conhecimento referente a esta portaria para a realização do processo de trabalho multiprofissional?
- 3) Como você se percebe dentro da portaria do Ministério da Saúde que normatiza a visita domiciliária na primeira semana à puérpera e ao recém-nascido?
- 4) Quais são as potencialidades que você identifica para implementação da visita domiciliária nesta Unidade de Saúde de Família?
- 5) O que você identifica como principal (is) desafios para implementação da visita domiciliária na primeira semana?
- 6) Quais são as estratégias que você identifica para a implementação da visita domiciliária nesta Unidade de Saúde da Família?
- 7) Como realizar educação em saúde para as puérperas, famílias e coletividades a respeito da visita domiciliária na primeira semana?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ



Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar do projeto de intervenção intitulado de **“Implementação da primeira semana de saúde integral à saúde da puérpera e do recém-nascido em uma unidade de saúde da família do município de Campo Grande-MS”**, coordenado pela Enfermeira Residente Ravena Dias Figueredo Rodrigues dos Santos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU - Campo Grande - MS/FIOCRUZ, situada na Rua Gabriel Abrão, 92, Jardim das Nações – Campo Grande – MS, CEP 79081-746, Telefone (0XX67) 3346-4480, e-mail: ravena07@hotmail.com. Ele tem como objetivo propor a implementação da Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido por meio da visita domiciliária na Atenção Primária à Saúde. Sua participação é voluntária e consistirá em encontros presenciais em rodas de conversas, onde serão discutidos pontos-chaves norteadores para compreender as dificuldades que envolvem a visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral à qual será realizada na Unidade de Saúde em que trabalha e de acordo com seu tempo disponível. As informações fornecidas contribuirão no desempenho dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família para que possam exercer papel satisfatório e qualificado frente a abordagem da implementação da visita domiciliária, visto que esta ação fortalece o processo do cuidado do binômio mãe e filho, seu arranjo familiar e rede social envolvida, além de atingir princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde que preconizam assistência humanizada como elo principal entre as equipes e os usuários do território. Além disso, possibilitará o estreitamento da relação profissional entre os participantes diante dos encontros ofertados para que todos possam incluir Primeira Semana de Saúde Integral à puérpera e ao recém-nascido nos seus processos de trabalho, possibilitando a efetividade da ação proposta. A proposta do Projeto de Intervenção, trará benefícios às puérperas e recém-nascidos do território adscrito, tendo impacto diretamente em seu processo de saúde e aumento dos indicadores no que tange a assistência ao binômio e seu arranjo familiar. Além de beneficiar a equipe de saúde multiprofissional da Unidade de Saúde da Família, visto que além de ser uma unidade-escola, apresentando características do ensino em serviço, visa a melhorar o desempenho do trabalho em equipe multiprofissional com foco no cuidado centrado na pessoa, família e coletividade. Os encontros têm um tempo previsto de 40 a 60 minutos para cada etapa do projeto de intervenção. Os riscos decorrentes de sua participação são de ordem psicoemocional, sendo este ocasionado pelo possível desconforto em participar do projeto de intervenção durante os encontros. Caso o(a) Sr(a). apresente esse desconforto, será encaminhado a um serviço de Pronto Atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde, para que as medidas cabíveis sejam tomadas (acompanhamento e/ou tratamento). Caso o(a) Sr(a). venha a sofrer algum dano psicoemocional no momento da pesquisa terá o direito a assistência integral gratuita a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo pelo tempo necessário para reparação do dano, bem como o ressarcimento de eventuais despesas. Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr(a). desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase do projeto de intervenção, seja antes ou depois dos encontros previstos, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O(a) Sr(a). não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados do projeto de intervenção serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo, os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, físico ou digital, resguardando dados e a responsabilização dos mesmos, por um período de 5 anos após o término do projeto de intervenção. Assim, espera-se, com o projeto de intervenção, que os profissionais da Atenção Primária à Saúde implementem efetivamente a visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral. Para qualquer outra

informação, o(a) Sr(a). poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua José Nogueira Vieira S/N, Jardim Itatiaia– Campo Grande – MS, CEP 79042-010, Telefone (0XX67) 2020-1907, e-mail ravenna07@hotmail.com, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ, localizado na Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, Brasília - DF, 70904-130, Telefone (0XX61) 3329-4500.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____ fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Campo Grande, _____, de _____ de 2022.

Assinatura do entrevistado

Pesquisadora
Enfermeira Residente Ravena Dias Figueredo Rodrigues dos Santos

APÊNDICE C- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____

Profissão: _____

Tempo de formado(a) em meses: _____

Tipo de Instituição de Ensino Superior: () Privada () Pública

Regime de contratação: Contratado(a) () Concursado(a) () Residente ()

Se residente, qual o ano? _____

Tempo em meses em que trabalha na USF? _____

Antes da atual função na USF, você teve experiência prévia na Atenção Básica?

() Sim () Não

APÊNDICE D- FOLDER INFORMATIVO PARA ÀS PUÉRPERAS, RECÊM-NASCIDOS E FAMÍLIA

PUERPÉRIO, RECÊM-NASCIDO (A) E FAMÍLIA

O 1º ATENDIMENTO DO(A) RECÊM-NASCIDO(A) E DA MÃE PODE SER REALIZADO EM SUA PRÓPRIA CASA PELA SUA EQUIPE DE SAÚDE

Na primeira semana de vida do (a) recém-nascido (a), o profissional de saúde pode realizar a visita domiciliar para avaliar a criança e a mãe. No dia a dia, você pode identificar possíveis sinais de alarme e procurar a unidade, se houver:

- Peso ao nascer (abaixo de 2.500g)
- Dificuldade para mamar
- Dificuldade respiratória
- Secreção no umbigo
- Apatia (estar pouco reativo, "largado")
- Diarreia ou fezes com sangue
 - Febre
 - Vômitos
 - Icterícia
 - Cianose

Puérpera

- Sangramento vaginal
- Dor de cabeça
- Transtornos visuais
- Dor abdominal
 - Febre
- Perdas vaginais
 - Dificuldade respiratória
 - Cansaço

Fonte: Ministério da Saúde

A Triagem Neonatal é composta por quatro testes que são capazes de prevenir e detectar precocemente doenças graves em bebês e aumentar as chances de sucesso durante o tratamento

Você sabia que o homem também pode realizar consultas de pré-natal?

Nas Unidades de Saúde, os homens também têm o direito de cuidar de si ao mesmo tempo em que acompanham suas parceiras e podem realizar procedimentos:

- Testes de sífilis, hepatites e HIV
- Medidas antropométricas (peso, altura, IMC)
- Hemograma, lipidograma, dentre outros
- Atualização do cartão de vacina
- Aferição da pressão arterial
- Teste de glicemia

Nome da mãe

Nome da criança

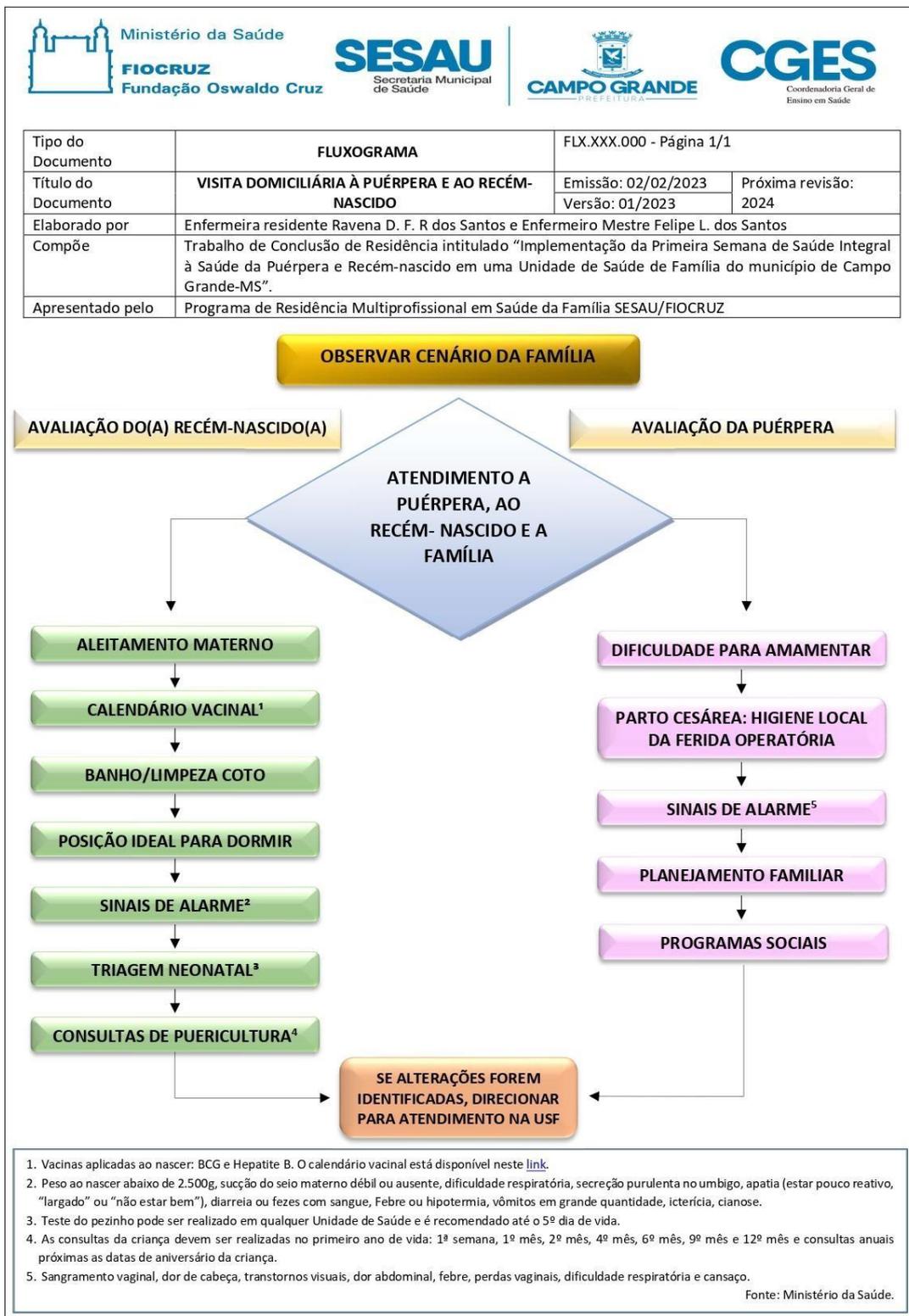
Equipe

Elaborado por Enfermeira Ravena Dias F. R. dos Santos e pelo Enfermeiro Mestre Felipe L. dos Santos, como parte do Trabalho de Conclusão de Residência intitulado "Implementação da Primeira Semana de Saúde Integral à Saúde da Puérpera e Recém-nascido em uma Unidade de Saúde da Família do município de Campo Grande-MS".

USF Tiradentes
(67) 3314-4436

Fonte: Ministério da Saúde

APÊNDICE E- FLUXOGRAMA SOBRE A REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA PELA EQUIPE TÉCNICA DE SAÚDE



APÊNDICE F- FLUXOGRAMA SOBRE A REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE



Tipo do Documento	FLUXOGRAMA	FLX.XXX.000 - Página 1/1	
Título do Documento	VISITA DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Emissão: 02/02/2023 Versão: 01/2023	Próxima revisão: 2024
Elaborado por	Enfermeira residente Ravena D. F. R dos Santos e Enfermeiro Mestre Felipe L. dos Santos		
Compõe	Trabalho de Conclusão de Residência intitulado "Implementação da Primeira Semana de Saúde Integral à Saúde da Puérpera e Recém-nascido em uma Unidade de Saúde de Família do município de Campo Grande-MS".		
Apresentado pelo	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ		

A VISITA DOMICILIAR PODE SER REALIZADA NA 1ª SEMANA APÓS O PARTO PELO PROFISSIONAL DA SAÚDE



1. Vacinas aplicadas ao nascer: BCG e Hepatite B. O calendário vacinal está disponível neste [link](#).
 2. Peso ao nascer abaixo de 2.500g, sucção do seio materno débil ou ausente, dificuldade respiratória, secreção purulenta no umbigo, apatia (estar pouco reativo, "largado" ou "não estar bem"), diarreia ou fezes com sangue, Febre ou hipotermia, vômitos em grande quantidade, icterícia, cianose.
 3. Teste do pezinho pode ser realizado em qualquer Unidade de Saúde e é recomendado até o 5º dia de vida.
 4. As consultas da criança devem ser realizadas no primeiro ano de vida: 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês e consultas anuais próximas as datas de aniversário da criança.
 5. Sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço.
 Fonte: Ministério da Saúde.

**ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO EMITIDO
PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE MS - SESAU**

0046/2022



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO**

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Ravena Dias Figueredo Rodrigues dos Santos, inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 01549671570, portador(a) do documento de Identidade sob nº. 0977883507, residente e domiciliado(a) à Avenida José Nogueira Vieira, Nº 1540 Bairro: Tiradentes nesta Capital, telefone nº. 79 999883904, pesquisador (a) do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Instituição SESAUFIOCRUZ com o título do Projeto de Pesquisa: **"Implementação da Primeira Semana de Saúde Integral à Saúde da Puérpera e do Recém-Nascido em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Campo Grande - MS"**, orientado (a) pela Professor (a) Felipe Lima dos Santos inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 910.158.712-91, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 2259745-0 SSP- AM, residente e domiciliado (a) à Rua Horácio Pessini, Nº. 195, APTO 14 Bairro: Nova Aliança, na cidade de Ribeirão Preto - SP, telefone nº. (92) 99160-5428, pesquisador (a) no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, nível de Doutorado, na Instituição Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 05 de julho de 2022.

Ravena Dias F.R. dos Santos

Pesquisador (a)

Felipe Lima dos Santos

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos

Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
 Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
 Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
 O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual – EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 05 de julho de 2022.

Manoel Roberto dos Santos

Pesquisador (a)

Felipe Lima dos Santos

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos

Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
 Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FIOCRUZ - BRASÍLIA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação da primeira semana de saúde integral à saúde da puérpera e do recém-nascido em uma unidade de saúde da família do município de Campo Grande-MS

Pesquisador: RAVENA DIAS FIGUEREDO RODRIGUES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61104422.6.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.575.053

Apresentação do Projeto:

O protocolo submetido a esta plataforma descreve o vertente projeto da seguinte forma: "No ambiente da ESF, o enfermeiro presta assistência a todos os ciclos de vida, no que diz respeito a saúde da mulher, inclui assistência ao puerpério, onde o foco está no arranjo familiar e toda a rede de apoio envolvida neste momento. Dessa forma, as atribuições são promovidas desde o ambiente da Unidade de Saúde da Família (USF), bem como no domicílio através da Visita Domiciliar (VD), que por sua vez atua viabilizando a continuidade da assistência no período gravídico-puerperal. Objetivos: Propor a implementação da Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido por meio da visita domiciliária na Atenção Primária à Saúde; Elencar os desafios para realização da visita domiciliária na Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido; Definir as estratégias conjuntamente com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família para minimizar a baixa realização da visita domiciliária na Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido. Método: Trata-se de um Projeto de Intervenção (PI) que será realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Campo Grande/MS. Serão convidados a participar do PI, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os residentes e preceptores do Programa de Residência Multiprofissional e Médica em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ e servidores contratados e concursados. Resultados esperados: Espera-se que os profissionais atuantes na ESF do município de Campo Grande/MS desempenhem papel satisfatório

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.575.053

e qualificado frente a abordagem da implementação da VD".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Propor a implementação da Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido por meio da visita domiciliária na Atenção Primária à Saúde.

Objetivo Secundário:

Elencar os desafios para realização da visita domiciliária na Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido; Definir as estratégias conjuntamente com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família para minimizar a baixa realização da visita domiciliária na Primeira Semana de Saúde Integral da puérpera e do recém-nascido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A análise de riscos esta assim descrita: "Os riscos decorrentes da participação são de ordem psicoemocional, sendo este ocasionado pelo possível desconforto em participar do projeto de intervenção durante os encontros. Caso o participante apresente esse desconforto, será encaminhado a um serviço de Pronto Atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde, para que as medidas cabíveis sejam tomadas (acompanhamento e/ou tratamento). Caso o participante venha a sofrer algum dano psicoemocional no momento da pesquisa terá o direito a assistência integral gratuita a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo pelo tempo necessário para reparação do dano, bem como o ressarcimento de eventuais despesas.

Ja a descricao dos beneficios da presente pesquisa aduz que:"Através do PI, podem ser destacados beneficios tanto para os usuários e famílias vinculados ao SUS quanto aos profissionais da saúde como um todo, visto que irá proporcionar melhor assistência em saúde fundamentada nos princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e atuando conforme orientação do Ministério da Saúde especificamente no que diz respeito a saúde do recém-nascido e da puérpera, de maneira humanizada e como foco no indivíduo em seu contexto familiar. A nível profissional, entender a importância da realização da visita domiciliária ao prestar este tipo de assistência. Além disso, poderá proporcionar melhores níveis nos indicadores em saúde".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O vertente projeto de pesquisa está bem descrito, com coerência entre objetivos e metodologia.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.575.053

Apresenta elementos suficientes para a análise qualificada dos aspectos éticos a serem considerados. A avaliação entre os riscos e benefícios permite verificar a viabilidade do projeto e vislumbrar o potencial de contribuição dos resultados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória encontram-se adequados para a correta análise dos aspectos éticos do projeto apresentado. Contudo, recomendo substituir no cronograma a etapa "submissão à plataforma Brasil" por "Aprovação pelo CEP", a constarem na brochura do projeto e no PB de informações básicas submetidos à plataforma em etapa anterior ao início da coleta de dados.

Recomendações:

De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e 510/16 c, Capítulo VI - V, os pesquisadores responsáveis deverão enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo pelo colegiado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar o vertente protocolo sem necessidade de retorno a este CEP, após a complementação do que foi apontado no item "comentários sobre os termos de apresentação obrigatória"

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1986103.pdf	30/07/2022 19:39:19		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/07/2022 19:37:48	Felipe Lima dos Santos	Aceito
Outros	CEP_Carta_de_encaminhamento.pdf	30/07/2022 19:37:13	Felipe Lima dos Santos	Aceito
Outros	PERGUNTAS_NORTEADORAS.pdf	30/07/2022 19:36:15	Felipe Lima dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCR_Versao_Final.pdf	30/07/2022 19:35:20	Felipe Lima dos Santos	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_ANUENCIA_SESAU_MS.pdf	30/07/2022 19:34:50	Felipe Lima dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	30/07/2022 19:33:14	Felipe Lima dos Santos	Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 5.575.053

Ausência	TCLE.pdf	30/07/2022 19:33:14	Felipe Lima dos Santos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/07/2022 19:33:06	Felipe Lima dos Santos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/07/2022 19:32:58	Felipe Lima dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 10 de Agosto de 2022

Assinado por:

BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br