

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRYSTHIANNE CÔNSOLO DE ALMEIDA

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO ANTES E APÓS IMPLANTAÇÃO  
DE UM PROGRAMA DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE INFANTIL

MARINGÁ  
2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CRYSTHIANNE CÔNSOLO DE ALMEIDA

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO ANTES E  
APÓS IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE REDUÇÃO  
DE MORBIMORTALIDADE INFANTIL**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria José Scochi

MARINGÁ

2007

**Catologação na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca  
Central da Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catologação-na-Publicação (CIP)**

A447p Almeida, Crysthianne Cònsolo de.  
Prevalência de aleitamento materno antes e após implantação de um  
programa de redução de morbimortalidade infantil / Crysthianne  
Cònsolo de Almeida. – Maringá, 2007.  
56f. : il. + anexos e apêndices no final da obra.

Orientador: Maria José Scochi.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de  
Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2007.  
Inclui bibliografia.

1. Amamentação – Teses. 2. Serviços de saúde para mulheres – Campo  
Mourão (PR) – Avaliação – Teses. 3. Serviços de saúde para crianças –  
Campo Mourão (PR) – Avaliação – Teses. I. Scochi, Maria José.  
II. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

CDU 613.287.8

CRYSTHIANNE CÔNSOLO DE ALMEIDA

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO ANTES E APÓS  
IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE REDUÇÃO DE  
MORBIMORTALIDADE INFANTIL**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria José Scochi

Universidade Estadual de Maringá – UEM

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Regina Kazue Tanno de Souza

Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Wladite Organ de Carvalho

Universidade Estadual de Maringá – UEM

Maringá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Jacis e Marina, por serem pessoas importantíssimas em minha vida, por me ensinarem o significado do verdadeiro amor, persistência e perseverança, por não permitirem que nem mesmo a distância física os fizesse deixar de acreditar nos meus esforços para chegar até aqui, e por se fazerem participativos em todo este processo.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero deixar aqui consignada a expressão de sinceros sentimentos de gratidão e reconhecimento, de modo especial:

A Deus, por me conceder saúde e conhecimento, ouvir-me nas horas de angústia e desalento, estar comigo nos momentos de alegria e ter-me dado a fé para concluir esta etapa tão especial em minha vida;

À orientadora Professora Dr<sup>a</sup>. Maria José Scochi, por ter sido, durante esses anos, mestre em sabedoria, condutora crítica e paciente, não se deixando abater perante minhas limitações; por ter-se dedicado com tanto carinho e atenção, mesmo em momentos difíceis e de sofrimento; por ter proporcionado conhecimentos tão distantes de minha realidade, despertando novas expectativas para o futuro;

À Professora Dr<sup>a</sup>. Regina Kazue Tanno de Souza, que de forma tão carinhosa, persistente e motivadora, me auxiliou no direcionamento deste processo, compartilhando momentos de angústia, alegrias e indignações;

Aos meus amados pais, mesmo estando tão longe fisicamente, por serem meus amigos mais íntimos, encorajarem-me nos momentos de desânimos e compartilhar os momentos de alegria; por serem os responsáveis por tudo que hoje sou; pela minha educação e meu sucesso como profissional; pela dedicação que sempre tiveram comigo, a que se junta, para mim, o orgulho de ser sua filha;

À minha amada irmã, que mesmo ausente fisicamente, contribuiu com palavras de força, apoio e estímulo;

À minha família, que, de forma direta ou indireta, torceu ansiosamente pela realização deste projeto, em especial à minha avó Jecia, que sempre me ajudou com suas orações em todas as etapas deste projeto;

Ao meu querido Ricardo, companheiro sempre munido de esperança, ânimo, alegria e compreensão em todos os momentos deste processo;

Às mulheres participantes deste estudo, por compartilharem suas vivências e nos receberem com tanto carinho em seus domicílios;

Aos colegas do mestrado: Ana Lúcia Ferrer, Edilaine, Edileuza, Hellen, Jaciane, Jacir, Kátia, Maria de Fátima, Maria Tereza, Reinaldo, Tanimária e Viviani, pelo companheirismo;

À minha amiga Ana Lúcia Nogueira Cardoso, companheira de estrada, de luta, de desabafos, que tanto me auxiliou desde a época de alunas não-regulares até o desencadear do mestrado;

Aos meus mestres, que colaboraram com a troca de conhecimentos, que estimularam o senso-crítico e se apresentam como exemplo de vida, em uma profissão tão maravilhosa que é a enfermagem;

Aos meus alunos-colaboradores da pesquisa de campo Adriano, Anderson, Solange, Márcia, Fernanda, Tatiane, Márcia, Natália, Mirian, Maria Gorete, cuja dedicação e apoio permitiram a construção conjunta de amizade, a troca de sentimentos, o crescimento interior e profissional e a ética;

Aos meus colegas de trabalho Grazieli, Angela, Inês, Cleuzinha, Lúcia, Kita, Carmem, Rosa, Lucilene e André e aos meus agentes comunitários de saúde, pela colaboração durante todo o meu período de afastamento para realização deste projeto;

À Secretaria de Saúde de Campo Mourão, que me recebeu de forma calorosa e cordial e me garantiu livre acesso às suas dependências, além de liberar-me parcialmente das minhas atividades técnicas, durante todo o mestrado.



*“Começar algo novo é sempre um desafio. Buscar novos caminhos é ação que, na maioria das vezes, desanima até mesmo homens considerados fortes. No entanto, destacando-se entre os audaciosos, existem aqueles que não temem a derrota, por isso lutam e não temem a vitória, portanto ousam”.*

(Anônimo)

ALMEIDA, Crysthianne Cônsolo. **Prevalência de aleitamento materno antes e após a implantação de um programa de redução de morbimortalidade infantil.** 2007. 71fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

## RESUMO

A avaliação dos serviços de saúde é componente do planejamento para o gerenciamento das ações e tomada de decisões em direção a reformulação e estabelecimento de novas práticas sanitárias que contribuam para a melhoria de indicadores de saúde e de atenção aos usuários. Este estudo objetivou avaliar o impacto do Programa de Redução de Morbimortalidade Infantil “Programa Cegonha Feliz (PCF)” implantado no município de Campo Mourão – PR, em 1996. Foram entrevistadas 197 mães, residentes no município, com pelo menos um filho na idade entre um e nove anos e outro entre 10 e 14 anos, nascidos, respectivamente, antes e após a implantação do programa. Frente à ausência de informações sobre o PCF, procurou-se, como estratégia metodológica, descrever e comparar as características sociodemográficas das mães no ciclo gravídico-puerperal de cada filho; comparar a duração do aleitamento materno; estimar a prevalência de aleitamento relacionando seus fatores no sexto mês de vida das crianças e identificar a cobertura das ações do programa na promoção do aleitamento entre os nascidos após a sua implantação. Em relação à prevalência do aleitamento materno exclusivo foi observada redução de 15,7% para 12,2% das taxas de abandono no primeiro mês de vida da criança e aumento da prevalência aos quatro (16,2% para 26,9%) e aos seis meses (34% para 36,5%). Percebeu-se que as atividades do PCF foram enfocadas principalmente após o nascimento, com a entrega dos *kits* e cartilhas de orientações para o cuidado com o bebê. Este estudo evidenciou pouco impacto do PCF na prevalência do aleitamento materno exclusivo nos nascidos após a implantação do programa. Notou-se também que o programa desenvolveu ações de forma não-sistematizadas, apesar de reconhecidas pela mãe. Além disso, este estudo apresentou a necessidade de parcerias com outros programas/órgãos para se atingir as metas; a importância das orientações de aleitamento materno no pré-natal e a dificuldade de acessibilidade por parte das mães para participar das reuniões. Sugere-se que outros estudos avaliativos sejam realizados com frequência, para o planejamento das ações e condutas, avaliando desde sua estrutura, o processo e os resultados para que o programa tenha contribuições mais específicas relacionadas à saúde da mulher e da criança.

**Palavras-chaves:** Avaliação de programa. Aleitamento materno. Serviço de saúde.

ALMEIDA, Crysthianne Cônsolo. **Prevalence of breast-feeding before and after the implementation of a children's morbid mortality reduction program.** 2007. 71pgs. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – State University of Maringá – PR.

## ABSTRACT

Health services evaluation is part of the planning for the management of actions and decision-making towards reformulation and establishment of new health practices that might contribute to the improvement of health indicators as well as to the users' care. The purpose of this study was to evaluate the impact caused by the Children's Morbid Mortality Reduction Program, "*Programa Cegonha Feliz (PCF)*" (Happy Stork Program), implemented in the municipality of Campo Mourão – PR., in 1996. One hundred ninety-seven mothers who lived in Campo Mourão were interviewed, having at least one child with the age ranging from one to nine years old, and another one from 10 to 14 years old, who were born, respectively, before and after the implementation of the program. Due to lack of information about the program (PCF), our purpose was to describe and compare the socio-demographic characteristics of mothers in the pregnancy-puerperium cycle; compare the breast-feeding length; estimate the breast-feeding prevalence relating its factors in the sixth month of life of these children and identify the covering of the actions of the program in the promotion of breast-feeding among those who were born after its implementation. As for the prevalence of the exclusive breast-feeding, it was noticed a reduction of 15.7% to 12.2% of abandonment rates in the first month of life of the child, and an increase of the prevalence in the fourth (16.2 % to 26.9%) and sixth months (34 % to 36.5 %). It was also noticed that PCF's activities were focused mainly after the child's birth, with the delivery of kits and orientation books for taking care of the baby. This study evidenced little impact of the PCF on the exclusive breast-feeding prevalence in those children who were born after the implementation of the program. It was also noticed that the program developed non-systematized actions, despite being considered by the mother. Furthermore, this study showed the necessity of partnership with other programs/organizations in order to achieve its goals; the importance of orientation of breast-feeding in the prenatal period and the difficulty of accessibility on the mothers' part to participate in meetings. Other frequent evaluative studies are suggested for the planning of actions and procedures, evaluating its structure, the process and the results, so that the program may have more specific contributions related to the woman and the child's health.

**Key words:** Program evaluation. Breast-feeding. Health service.

ALMEIDA, CRYSTHIANNE CÔNSOLO. **Prevalencia de amamantamiento materno antes y después de la implementación de un programa de reducción de morbilidad infantil.** 2007. 71fs. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá-PR.

## RESUMEN

La evaluación de los servicios de salud forma parte del planeamiento para la administración de las acciones y tomas de decisiones hacia la reformulación y establecimiento de nuevas prácticas sanitarias que contribuyeron para la mejoría de indicadores de salud y de atención a los usuarios. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del Programa de Reducción de Morbilidad Infantil “Programa Cigüeña Feliz (PCF)” implantado en el municipio de Campo Mourao – Paraná, en 1996. Fueron entrevistadas 197 madres, residentes en el municipio, con por los menos un hijo con edad entre uno y nueve años y otro entre diez y catorce años, nacidos, respectivamente, antes y después de la implantación del programa. Frente a la falta de informaciones sobre el PCF, se buscó, como estrategia metodológica, describir y comparar las características sociodemográficas de las madres en el ciclo gravídico puerperal de cada hijo; comparar la duración del amamantamiento materno; estimar la prevalencia de amamantamiento relacionando sus factores en el sexto mes de vida de los bebés e identificar la realización de las acciones del programa en la promoción del amamantamiento entre los nacidos después de su implantación. Con relación a la prevalencia del amamantamiento materno exclusivo fue observada una reducción de un 15,7% para un 12,2% de las tasas de abandono en el primer mes de vida del bebé y el aumento de la prevalencia a los cuatro (de 16,2% para 26,9%) y a los seis meses (de 34% para un 36,5%). Se notó que las actividades del PCF fueron planteadas principalmente tras el nacimiento con la entrega de los *kits* y cartillas de orientaciones para el cuidado con el bebé. Este estudio evidenció poco impacto del PCF en la prevalencia del amamantamiento materno exclusivo en los nacidos tras la implantación del programa. Se observó también que el programa desarrolló acciones de forma no sistematizadas, pese a que reconocidas por las madres. Además, este estudio presentó la necesidad de sociedades con otros programas/órganos para alcanzar las metas; la importancia de las orientaciones de amamantamiento materno en el prenatal y la dificultad de accesibilidad por parte de las madres para participar de las reuniones. Se sugiere que otros estudios evaluativos sean realizados a menudo, para el planeamiento de las acciones y conductas, evaluando desde su estructura, el proceso y los resultados para que el programa aporte contribuciones más específicas relacionadas a la salud de la mujer y del bebé.

**Palabras-clave:** Evaluación de programa. Amamantamiento materno. Servicios de salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Duração do AME do filho nascido após a implantação do PCF (Filho B) em relação à duração do AME do filho nascido antes (Filho A). Campo Mourão-PR, 1996-2005.....38
- Figura 2** – Prevalência de aleitamento materno exclusivo entre os nascidos antes e após a implantação do programa em meses de vida. Campo Mourão-PR, 1996-2005. .... 39

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição das mães segundo características sociodemográficas por ocasião do nascimento do Filho A e Filho B. Campo Mourão-PR, 1996-2005 ..... 34
- Tabela 2** - Distribuição das mães segundo características da assistência ao pré-natal e parto por ocasião do nascimento do Filho A e Filho B. Campo Mourão-PR, 1996-2005 ..... 35
- Tabela 3** - Abandono do aleitamento materno exclusivo antes do sexto mês de vida (%) entre os nascidos antes (Filho A) e após (Filho B) a implantação do PCF. Campo Mourão-PR, 1996-2005..... 37
- Tabela 4** - Prevalência de aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida segundo variáveis maternas, entre os nascidos antes (Filho A) e após (Filho B) a implantação do PCF. Campo Mourão-PR, 1996-2005 ..... 42
- Tabela 5** - Prevalência do aleitamento exclusivo no sexto mês de vida segundo variáveis relacionadas à prática do aleitamento, entre os nascidos antes (Filho A) e após (Filho B) a implantação do PCF. Campo Mourão-PR, 1996-2005..... 45
- Tabela 6** - Cobertura das ações de promoção do aleitamento materno do Programa Cegonha Feliz. Campo Mourão-PR, 1996-2005..... 46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CISCONCAM	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comarca de Campo Mourão
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PCF	Programa Cegonha Feliz
PMI	Programa Materno Infantil
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-nascido
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TAME	Tempo de Aleitamento Materno Exclusivo
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 REFLETINDO SOBRE MINHAS INQUIETAÇÕES .....	15
1.2 CONTEXTUALIZANDO O SUS, O PROGRAMA CEGONHA FELIZ E A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO .....	17
1.3 REVISÃO DE ALGUNS CONCEITOS DE AVALIAÇÃO.....	20
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>26</b>
3.1 LOCAL DE ESTUDO .....	26
3.2 PROGRAMA CEGONHA FELIZ.....	27
3.3 INSTRUMENTOS E FONTES DE INFORMAÇÃO .....	29
3.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	32
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS MÃES NO PERÍODO GESTACIONAL.....	33
4.2 VARIÁVEIS DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL .....	35
4.3 DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO .....	36
4.4 COBERTURA DAS ATIVIDADES DO PCF.....	46
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>57</b>
APÊNDICE A - Formulário para Levantamento da População de Mães e Filhos nas Faixas Etárias do Estudo, por UBS, Equipe de PSF e ACS.....	58
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista .....	59
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	66



APÊNDICE D - Prevalência de AME por idade em meses, dos nascidos antes (Filho A) e após (Filho B) a implantação do PCF. Campo Mourão, 1996-2005.....	67
APÊNDICE E - Duração do AME dos filhos nascidos antes a implantação do PCF (Filho A) segundo a duração do AME do nascido após (Filho B). Campo Mourão – PR, 1996-2005. ....	68
<b>ANEXOS .....</b>	<b>69</b>
ANEXO A - Parecer do COPEP .....	70
ANEXO B - Parecer Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão .....	71

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 REFLETINDO SOBRE MINHAS INQUIETAÇÕES

Após a aprovação no vestibular para ingressar na vida acadêmica, via-me em um mundo voltado para a diminuição do sofrimento do próximo. A Enfermagem me fez entender que, diante de todas as atrocidades da vida, independentemente de credo, religião, cor, raça e outras características ou circunstâncias, o “cuidar” é fundamental para nossa sobrevivência, seres humanos.

Desenvolvendo o estudo acadêmico, pude perceber a importância da empatia, de colocar-se no lugar do outro. Constatei que, mesmo com condutas meramente paliativas – apenas um olhar singelo, um toque suave e amigável, quiçá inevitáveis lágrimas que brotam quentes dos olhos e rolam pela face – alguém precisa cuidar de alguém.

Compreendi que em nossa profissão poderíamos atuar tanto na assistência direta ao cliente quanto no planejamento, investigação e avaliação de condutas voltadas ao bem geral de uma população.

Recém-formada, via-me supervisionando uma equipe de um programa chamado Saúde da Família de um município de médio porte. Sentia a necessidade de entender o contexto social da minha comunidade, conhecer a faixa etária predominante, a quantidade de crianças e idosos que viviam ali, o número de gestantes, quais as doenças de maior prevalência, enfim, qual o perfil da população da minha área de abrangência. Na ampla abrangência deste contexto, tudo causava indagação, mas o que mais me chamava a atenção era a assistência aos recém-nascidos. Nas visitas domiciliares, muitas vezes, encontrava mães inundadas de dúvidas e inseguranças. Percebi, então, o verdadeiro valor das consultas de pré-natal, não aquelas que somente medem as gestantes e tomam nota de suas queixas principais, mas aquelas que mergulham na sua história de vida, que avaliam riscos, que permitem perceber as necessidades da gestante, que a deixam à vontade para expor suas dúvidas e que confortam a futura mãe. Notei que o segredo de um bom puerpério está relacionado diretamente com o pré-natal.

Ainda nesse município, tive a experiência nada agradável de investigar um óbito infantil. Como foi difícil a abordagem da mãe, que nos atendeu cabisbaixa, de olhos tristes e voz trêmula! Na investigação, pude compartilhar momentos de dor, ver o enxoval do bebê que não resistiu, as fotos de um ser humano pequenino que tinha seus dias de vivência contados. Quão grande sentimento de dor e perda presenciei e compartilhei naquele domicílio! Quanto carinho aquela mãe dispensara a seu nascituro durante toda a sua gestação! Quantos pensamentos sobre o futuro daquela criança: o primeiro dentinho, as primeiras palavras ditas, entrada para a escola, brincadeiras, quantas previsões!

Depois dessa visita, pensei e repensei: será que aquela dor não poderia ser evitada? Quais as ações que poderiam ter sido executadas? De quem era a responsabilidade por aquela dor? Será que não poderíamos tomar novas atitudes para evitar a perda e dor de outras mães?

Alguns meses depois, já estava trabalhando em outro município de médio porte, então na qualidade de chefe da divisão de vigilância epidemiológica. Nessa função, supervisionava programas importantes do Ministério da Saúde como o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) e o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), e ainda era membro do comitê de investigação da mortalidade materno-infantil. Nesse município, onde atuo até o presente, conheci o Programa Cegonha Feliz (PCF), cujo objetivo primordial é a redução da morbimortalidade infantil. No desenvolver de minhas atividades na vigilância, pude participar de investigações de óbitos infantis, juntamente com os responsáveis pelo PCF, por meio de visitas aos domicílios, postos de saúde e hospitais, além das reuniões do comitê de investigação sobre mortalidade materno-infantil. Percebi o empenho da enfermeira responsável pelo Programa e quanto a sua equipe se comovia diante de um novo óbito. Notei também que as ações desse programa não estavam voltadas apenas à criança, mas integravam a mãe, a família, a unidade de saúde e a equipe de Programa Saúde da Família responsável pela área de abrangência.

Com esta vivência, compreendi que o PCF atendia as mães ainda no período gestacional e, no puerpério precoce, fazia visitas hospitalares e distribuía material para o atendimento ao bebê e cartilha com informações para o cuidado.

Como nosso setor de vigilância era responsável pelos cálculos de mortalidade infantil, notei, por meio da série histórica, um declínio nos valores deste indicador a partir de 1996. A coincidência desse ano com o da implantação do PCF (dezembro de 1996) me suscitou indagações. Visto que a implantação deste programa não fora precedida de estudos avaliativos, iniciaram-se minhas inquietações sobre seu resultado após quase uma década de funcionamento.

A partir de tudo isso, idealizei o mestrado em enfermagem com expectativas de encontrar novos horizontes relacionados com a avaliação de serviços e programas, participando da disciplina de mestrado como aluna não-regular. Após a finalização desta disciplina, associada a outra direcionada ao planejamento das ações de saúde, pude consolidar meu anseio em proceder estudos de avaliação. Ao ingressar no mestrado como aluna regular, minha opção por essa área visou, dentre outros objetivos pessoais, perceber a importância de estudos avaliativos no planejamento e avaliação de ações, a fim de desenvolver uma assistência de saúde de cunho científico, oferecendo atendimento à saúde de maneira integral e não fragmentada.

Assim, fundamentada cientificamente, decidi me aprofundar em estudos sobre a avaliação, mais especificamente na saúde da criança, abrangendo aleitamento materno e outros comportamentos relacionados à mãe e seu bebê.

As inquietações relatadas em minha trajetória, somadas à experiência de minha profissão - essencialmente vinculada ao fenômeno do cuidar - despertaram o sentimento de olhar para o binômio mãe/filho de forma diferenciada, não apenas como suporte a meu estudo acadêmico, mas também para a avaliação do PCF no município de Campo Mourão, com vista a garantir melhores condições de vida .

## 1.2 CONTEXTUALIZANDO O SUS, O PROGRAMA CEGONHA FELIZ E A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a implantação da Constituição Federal de 1988, houve a transferência de responsabilidade de

programação, atribuição de verbas, gestão, coordenação e avaliação dos serviços de saúde do nível federal aos municípios, o que resultou na descentralização das ações e na criação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (GOULART, 1988).

Muitas foram as mudanças ocorridas no Brasil até os dias de hoje, em relação aos programas de saúde. As Normas Operacionais Básicas editadas nos anos 1990 são parte do processo de construção do SUS e formas de operacionalizar as diretrizes definidas na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas de Saúde (8.080/90 e 8.142/90) (BRASIL, 1990).

A NOB/96 foi um importante passo na descentralização da gestão da assistência à saúde. Ela redefiniu os papéis dos estados e municípios, em especial no tocante à questão de comando único e à ampliação das transferências fundo a fundo, em substituição ao pagamento direto aos prestadores (BRASIL, 1997).

A transferência de recursos destinados à execução de ações e serviços de saúde dependia da habilitação de estados e municípios a uma das condições de gestão, que para os estados é a gestão avançada ou plena do sistema estadual, e para os municípios, a gestão plena da atenção básica ou plena do sistema municipal.

A descentralização tem como vantagem a identificação específica das necessidades de determinada localidade, definindo-se como um objetivo mais preciso para esta coletividade, bem como a determinação das ações para implementação de cuidados primários de saúde. As dificuldades dos SILOS, segundo Hartz et al. (1995), estão na insuficiência/inadequação dos bancos de dados disponíveis nos programas, principalmente na questão de implantação. Isso resulta em poucas pesquisas, que muitas vezes permitem apenas estimações, sem o aprofundamento de conhecimentos sobre a realidade local.

Na descentralização das ações de saúde, os municípios passam a ser responsáveis pela organização de seus serviços. A análise dos indicadores serve de base para avaliação, planejamento e tomada de decisões. Um dos indicadores - classificado como universal - é o de coeficiente de mortalidade infantil, que permite comparação entre diferentes locais e populações, além de fornecer parâmetros das efetividades das práticas de saúde.

Um dos programas de saúde implantados na década de 1970 e que ainda vigora, regulamentado pelo Ministério da Saúde, está relacionado com a saúde da mulher e da criança, envolvendo ações junto às mães, aos recém-nascidos e a todos os menores de cinco anos. Seu objetivo é prestar ações básicas de assistência integral à saúde da mulher, englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, a prevenção de câncer cervicouterino e de mamas, as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e puerpério, além de incentivo ao aleitamento materno.

Segundo o IBGE (2005), os coeficientes de mortalidade infantil no Brasil nos anos de 1930, 1965 e 1990 eram, respectivamente, 162,4; 116,0 e 48,3 óbitos/1000NV. A queda desses indicadores nessas épocas é reflexo da implantação de políticas sanitárias nos grandes centros urbanos do país.

Em geral, esses coeficientes têm-se reduzido nas últimas três décadas, devido a ações quase conjuntas como a implantação do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), campanhas de vacinação em massa, medidas de incentivo e estímulo ao aleitamento materno, terapia de reidratação oral, combate às infecções respiratórias e doenças diarreicas, Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programas de Saúde da Família (PSF) e outros programas referentes à saúde da mulher e da criança.

Como exemplo de programas relacionados à saúde da mulher e da criança, no município de Campo Mourão – Paraná, pode ser citado o Programa Cegonha Feliz (PCF), que foi implantado devido aos altos índices de mortalidade infantil de menores de um ano, cujos dados relatam, no ano de 1994, um coeficiente de 39,97 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos (CAMPO MOURÃO, 2004). Vale ressaltar que a taxa de mortalidade aceitável pelo Ministério da Saúde constituiu-se de até 15 óbitos de menores de um ano/1000 nascidos vivos.

Um dos caminhos para a redução da morbimortalidade infantil é a amamentação. A promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias (GIUGLIANI, 1994).

Entre os objetivos do PCF, inclui-se o incentivo ao aleitamento, com assistência individual ou em grupos de mães, oferecendo acompanhamento em

ambulatório específico, quando necessário. Mediante este objetivo específico, procurou-se direcionar um olhar de avaliação do programa, que, desde sua implantação, não contou com estudos avaliativos que pudessem norteá-lo, com bases científicas.

Acredita-se que as avaliações em saúde poderiam ser mais freqüentes e seus resultados deveriam ser usados como norteadores para a definição de planos e metas com vista à melhoria de indicadores de qualidade de vida da população. Os gestores e executores dos serviços de saúde, desde a implantação do PCF, deveriam ter incluído entre os cuidados especiais o planejamento e organização das ações, a definição clara dos seus objetivos, a previsão de recursos humanos qualificados e recursos materiais, além da avaliação constante do processo e, por fim, a avaliação dos resultados. Silva e Formigli (1994) enfatizam que, como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação, é lembrada, pouco praticada e, quando a realizam, não a divulgam muito, sendo dificilmente utilizada para as tomadas de decisões.

Após pesquisa bibliográfica, de estudos abordando avaliação de programas, principalmente na área materno-infantil, foi encontrado o de Hartz et al. (1997), citado anteriormente, que avaliou o programa materno-infantil na sua implantação na Região Nordeste do País. O objetivo geral foi compreender os elementos que favorecem ou inibem a eficiência do PMI em reduzir a mortalidade infantil, dentro das perspectivas dos SILOS, a fim de conceber e aplicar intervenções mais eficazes.

### 1.3 REVISÃO DE ALGUNS CONCEITOS DE AVALIAÇÃO

O marco conceitual para o entendimento de avaliação dos serviços em saúde com estudos mais específicos inicia-se a partir da década de 1960, com Donabedian, que se baseia na Teoria dos Sistemas: *input-process-output*. Nesse documento, as áreas a merecer exame do analista de determinado estabelecimento de saúde ou dos profissionais cujo desempenho se busca aquilatar são: a estrutura, o processo e os resultados (AZEVEDO,1991).

De acordo com Donabedian apud Azevedo (1991, p.66), a área de estrutura corresponde:

[...] aos recursos utilizados, aqui incluídos, os físicos (planta e equipamento), recursos humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo e mesmo as fontes de financiamento. A área de processo implica as atividades relativas à utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos e, finalmente, os resultados correspondem às conseqüências da atividade do estabelecimento de saúde ou do profissional em análise para a saúde dos indivíduos ou das populações.

Para o Ministério da Saúde, a avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje, no Brasil, um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde. Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve a avaliação subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, dimensionar a possível incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Neste sentido, já algum tempo Nemes apud Sala, Nemes e Cohen (1996, p.173) observava que:

[...] para a construção de nova prática orientada pela integração sanitária tornava-se necessário formular um conjunto inteiramente novo de atividades avaliatórias, capazes de efetivamente monitorar e avaliar as novas ações em processo de implantação e fornecer subsídios para sua reformulação.

Hartz et al. (1997) relataram que as vantagens de avaliar são evidenciadas desde o início da investigação, pois propicia melhor conhecimento das intervenções e pode mostrar a diferença entre o fracasso de um programa e a insuficiência de sua base teórica, oferecer informações imprescindíveis para as tomadas de decisões, esclarecer problemas conceituais das medidas, prever efeitos/resultados, auxiliar no consenso dos atores e favorecer a formulação de intervenções.

Já Scochi (1994,1999), em pesquisa avaliativa desenvolvida no município de Maringá, reforçou a importância da avaliação como um dos componentes da



garantia de qualidade dos serviços, junto à equipe de programação e de avaliação dos serviços de saúde.

Segundo Rossi e Freeman (1993, p.5) “[...] a pesquisa de avaliação usa metodologia da pesquisa social para julgar e melhorar o modo como são produzidos os programas e políticas sociais desde os primeiros estágios até o desenvolvimento e implantação.”

Para Contandriopoulos et al. (1997, p.31), “avaliar consiste fundamentalmente em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar a tomar decisões.”

Gil et al. (2001, p.125) acrescenta:

Avaliar é acompanhar continuamente as ações priorizadas para verificar se os objetivos selecionados estão sendo alcançados ou não, se a priorização das ações foi correta, se os resultados alcançados mudaram ou não a situação desejada.

Das avaliações direcionadas aos resultados, o impacto pode ser observado por meio de comparação entre estudos transversais anteriores e posteriores à intervenção, acompanhamento de coortes ou análise de séries temporais.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) 2006:

[...] o principal objetivo da Avaliação de Impacto na Saúde é garantir que o impacto na saúde seja considerado como parte do processo de tomada de decisão para implantação e continuidade de políticas, programa e projetos. A Avaliação de Impacto na Saúde é uma metodologia bastante nova, basicamente da última década. A sua origem vem da Avaliação de Impacto Ambiental de onde a saúde era um dos componentes e com a Avaliação de Impacto na Saúde, a saúde se torna o ponto central. Ao se estimar os efeitos que os projetos, programas e políticas apresentam na saúde das populações, pode-se maximizar os efeitos positivos e evitar os negativos.

Na revisão dos estudos de avaliação que foram utilizados inquéritos domiciliares como fontes de dados, destacam-se Halal et al. (1994); Cesar e Tanaka (1996); Assunção, Santos e Gigante (2001); Oliveira e Camacho (2002); Brandalize e Czeresnia (2004); Costa et al. (2003); Uchimura et al. (2003); Uchimura et al. (2003) e Carvalho e Novaes (2004).

A qualidade da assistência primária à saúde na área urbana da cidade de Pelotas-RS foi avaliada por Halal et al. (1994) por meio de entrevistas domiciliares com pacientes após 15 dias da consulta. Nelas identificou-se que a satisfação do paciente foi quase total e a resolubilidade e a disponibilidade de medicamentos foram altas.

Cesar e Tanaka (1996) apresentaram a importância do inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde por meio de um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo no período de 1989-1990. Com o estudo foi possível identificar o padrão de uso dos serviços de saúde para a população residente na área. Os resultados refletem a organização desses serviços, mostrando a baixa cobertura dos serviços locais, inclusive a dos serviços públicos e os diferentes perfis dos usuários. Reforçam que as informações geradas por meio de inquéritos não só permitem uma “linha de base” para o planejamento de saúde e posterior avaliação, como também são importantes na avaliação dos serviços.

Assunção, Santos e Gigante (2001) desenvolveram estudo de avaliação que contemplou a análise da estrutura, do processo e do resultado do cuidado do paciente diabético atendido em nível primário de atenção à saúde em Pelotas – RS. Estiveram envolvidos na pesquisa gestores, médicos e pacientes, sendo que os últimos foram entrevistados em seus domicílios. Os resultados apontaram deficiência na rede pública de saúde, mas com potencial de melhoria dos três aspectos (estrutura, processo e resultado) por meio de capacitação em serviço e seguimentos de protocolos.

Oliveira e Camacho (2002) verificaram o impacto de um conjunto de procedimentos e estratégias efetivas de promoção, proteção e apoio à amamentação, realizadas no pré-natal e na pediatria de unidades básicas de saúde do estado do Rio de Janeiro, sobre a amamentação exclusiva em bebês menores de 6 meses. Foram entrevistadas gestantes, mães de crianças com até seis meses de idade e profissionais das unidades de saúde. Concluíram que a implementação de uma Iniciativa de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação na Atenção Primária à Saúde contribuiu para intensificar a prática do aleitamento materno exclusivo entre os lactentes menores de seis meses.

Brandalize e Czeresnia (2004) apresentaram a avaliação do programa de prevenção e promoção da saúde de fenilcetonúricos do Estado do Paraná. Foram investigados, por meio de entrevistas aos pais, dados socioeconômicos; e, para crianças fenilcetonúricas, foi aplicado instrumento específico. Foi possível identificar a alta efetividade do programa avaliado, embora a inexistência de outros estudos de avaliação tenha dificultado a generalização dos resultados.

Costa et al. (2003) divulgaram um estudo de base populacional no Rio Grande do Sul, na qual avaliaram a cobertura do exame físico de mama, identificando as características das mulheres associadas à realização do procedimento. Tal pesquisa foi realizada com inquéritos domiciliares, e os resultados foram comparados com outro estudo transversal de base populacional realizado no ano de 1992.

Uchimura et al. (2003) avaliaram crianças atendidas em duas creches de Maringá-PR. Por meio de inquéritos com as mães, os autores verificaram os diferentes tipos de alimentos e a idade do desmame. Concluíram que grande parte da população de mães necessita de orientações mais eficazes e práticas mais atuantes para que a criança receba o aleitamento materno. Com isso, previnem-se os agravos à saúde aos quais a criança nesta faixa etária está exposta.

Ainda, por meio de visitas e inquéritos domiciliares, Carvalho e Novaes (2004) realizaram um estudo avaliativo sobre a implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba-PR. Foram envolvidas primigestas usuárias do SUS, inscritas no Programa Mãe Curitibana, com idade gestacional máxima de vinte semanas e com data provável de parto entre agosto de 2000 e janeiro de 2001. Os questionamentos abordaram assuntos desde os procedimentos realizados às orientações recebidas. Os resultados mostraram-se satisfatórios, incluindo acessibilidade e resolutividade às gestantes, o que sugere melhorias administrativas, gerenciais, de controle do programa e nos registros em prontuários.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto do Programa Cegonha Feliz na prevalência do aleitamento materno, em Campo Mourão – PR.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e comparar as características sociodemográficas das mães no ciclo gravídico-puerperal de cada filho em estudo;
- Comparar a duração do aleitamento materno dos filhos nascidos antes e após a implantação do programa;
- Estimar a prevalência de aleitamento no sexto mês de vida das crianças nascidas antes e após a implantação do programa;
- Levantar fatores relacionados à prevalência do AM no sexto mês;
- Identificar a cobertura das ações do Programa Cegonha Feliz na promoção do aleitamento materno entre os nascidos após a implantação do programa.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 LOCAL DE ESTUDO

Campo Mourão está situada no Noroeste do Paraná. O município possui privilegiada posição geográfica, por centralizar importante entroncamento rodoviário que o liga às principais rodovias do Estado, fazendo parte da rota Mercosul.

Segundo o IBGE (2005a), a população de Campo Mourão compreende, aproximadamente, 80.476 habitantes e a economia do município está voltada para a agroindústria.

Em relação ao saneamento, 100% dos domicílios estão ligados às redes de água encanada e luz elétrica e dispõem de coleta de lixo urbano; já no tocante à rede de esgoto, o percentual da população servida é de 55%.

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município ocupa o 73º lugar no Estado do Paraná em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M, com o coeficiente de 0.774. Cumpre lembrar que em 1991 o município ocupava o 64º lugar, com o índice de 0.703. É importante salientar que o IDH é baseado nas questões econômicas e em outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana, e que, de acordo com sua classificação neste mesmo índice, o município é considerado como de médio desenvolvimento humano, equivalente à média do nosso país. (BRASIL, 2006).

A infra-estrutura dos serviços de saúde do município consiste em uma sede administrativa com serviços especializados nas áreas de infectologia, psicologia e odontologia; 11 unidades básicas de saúde; uma unidade de saúde 24 horas, que atende a necessidades de urgência/emergência; um centro de reabilitação física; 13 módulos odontológicos funcionando junto às unidades básicas de saúde; e junto ao Hospital Santa Casa de Misericórdia, o ambulatório do Programa Cegonha Feliz e o ambulatório para assistência às gestantes de alto risco.

Em relação aos recursos humanos, a rede de serviços de saúde do município conta, atualmente, com 48 médicos, 25 dentistas, 22 enfermeiros, 68 auxiliares de enfermagem, 77 agentes de saúde e mais 189 trabalhadores vinculados a serviços administrativos e de zeladoria. No Programa Cegonha Feliz, atuam, especificamente, um enfermeiro, um médico pediatra e dois agentes de saúde.

Em 1998 iniciou-se a implantação da primeira equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e de quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Desde então, novas equipes estão sendo implantadas, sendo que, hoje, o município possui 14 equipes de PSF e três equipes de PACS, cobrindo 70,5% da população.

Já em relação aos recursos de transporte, no setor da saúde, o município dispõe de nove veículos para uso dos agentes, quatro ambulâncias e um microônibus.

O município também é sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comarca de Campo Mourão – CISCONCAM, órgão público que atende Campo Mourão e região em diversas especialidades.

Em relação à rede hospitalar, o município dispõe de três hospitais, sendo um filantrópico e dois público-privados, totalizando 188 leitos, dos quais 128 são conveniados com o SUS.

Desde 04/05/1998, o município foi habilitado à Gestão Plena, sendo a ele conferida a responsabilidade e regulação de todos os serviços localizados em seu território.

### 3.2 PROGRAMA CEGONHA FELIZ

O Programa Cegonha Feliz (PCF), cuja implantação ocorreu no final do ano de 1996, tem estratégias de ação voltadas à redução da morbimortalidade materno-infantil. Seus serviços de assistência atuam nas seguintes instâncias: acompanhamento de gestantes de risco usuárias do SUS e das crianças de risco menores de um ano; visitas diárias às maternidades e ao domicílio quando os bebês

são considerados de risco; orientações sobre cuidados com o bebê; incentivo ao aleitamento materno; fornecimento de *kit* contendo pomada para assadura, frasco com álcool e gaze para o curativo umbilical; guia mamãe-bebê e diário de acompanhamento do bebê, além de palestras educativas mensais com sorteio de brindes às gestantes.

O PCF dispõe de um ambulatório - hoje sediado junto ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão - e de um ambulatório de pré-natal de alto risco. No ambulatório do PCF, são realizadas consultas médicas e de enfermagem, além de palestras às mães que apresentem dificuldades na amamentação. O PCF possui um veículo próprio, além de outros recursos materiais, como televisor, vídeo, álbum seriado, cartazes e acessórios de suporte às palestras educativas.

Nas visitas às maternidades, além do contato com as puérperas e seus recém-nascidos, a equipe do PCF recolhe as *declarações de nascidos vivos* (parte rosa), analisa-as caso a caso e anexa uma ficha perinatal com dados relacionados à mãe, como: identificação, histórico de gestações anteriores, gestação atual, parto, planejamento familiar, dificuldades vividas pela mãe no estado puerperal e agendamento de consulta puerperal. Também há dados relacionados ao bebê, como: peso, altura, perímetro cefálico, perímetro torácico, ápgar, condições do coto umbilical, aleitamento materno, vacinação, agendamento da primeira puericultura. Essa ficha perinatal, então, é enviada para a equipe do PSF responsável pela área de abrangência do domicílio da mãe. A equipe deverá realizar visita domiciliar no prazo de até 15 dias do nascimento e devolver as informações coletadas por meio desta ficha para o PCF, que classificará a criança como de risco ou não. Quando a criança é considerada de baixo risco, cabe ao PSF acompanhá-la e, se houver necessidade, solicitar assistência do PCF. Porém, quando a criança é classificada de alto risco, o PCF, juntamente com o PSF, acompanhará o caso minuciosamente, com visitas hospitalares e domiciliares mais frequentes, consultas ambulatoriais, orientações à mãe e familiares. Quando necessário serão feitos encaminhamento para especialidades e intercessão às instituições de apoio, como por exemplo a Secretaria de Ação Social, além de supervisão de tratamentos.

### 3.3 INSTRUMENTOS E FONTES DE INFORMAÇÃO

Para a execução da pesquisa, foi encaminhada uma cópia do projeto de pesquisa à Prefeitura Municipal de Campo Mourão - Secretaria Municipal de Saúde - para a apreciação e autorização do prefeito e do secretário de saúde do município. Após a autorização dos gestores, o projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e encaminhado ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa – COPEP.

Após a obtenção, da parte de todas as instâncias competentes, de parecer favorável à realização da pesquisa (ver Anexo A e B), foi realizado o agendamento da coleta de dados com os colaboradores da pesquisa, mediante visita da pesquisadora aos locais pertinentes - como a Secretaria Municipal de Saúde, unidades básicas de saúde e domicílios.

O estudo iniciou-se pela identificação do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes no município de Campo Mourão, assim como dos respectivos números de agentes comunitários de saúde. Nesta fase foi identificado, por meio do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que o município possui 11 unidades básicas de saúde e 77 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes.

Na análise do PCF, não foi possível identificar diretrizes claras de como esse programa deveria ser desenvolvido, pois não ocorreram estudos que avaliassem sua implantação, estrutura e/ou processo. Assim, buscou-se estudar grupos de mães que tiveram gestações e filhos antes e depois da implantação do PCF e entrevistá-las para a identificação das possíveis mudanças de comportamento quanto à gestação e puerpério, incluindo a descrição das atividades executadas pelo programa.

Para a realização da pesquisa, foi estabelecido, como critério de inclusão na população de estudo, que as mães tivessem no mínimo dois filhos legítimos, nascidos em Campo Mourão, um deles com idade, em 2006, de um a nove anos e o outro na faixa de 10 a 14 anos, pois a idéia principal foi entrevistar estas mães e



comparar, em cada gestação, o comportamento em relação ao aleitamento materno e seus condicionantes.

Desta forma, a pesquisadora realizou visitas domiciliares a todas as UBSs e levantamento, por meio das fichas de cadastro familiar (denominadas de Ficha A do SIAB), do número de famílias que atendiam ao critério de inclusão.

Neste levantamento, foram identificadas 980 famílias, e as informações familiares foram separadas e digitadas em planilhas Excel, que continham dados como os nomes das mães e filhos que atendessem às faixas etárias citadas acima, endereço completo, ACS responsável pela microárea de residência da família e datas de nascimento da mãe e dos filhos (Apêndice A).

As planilhas foram entregues aos ACSs responsáveis pela área de residência das famílias selecionadas para identificarem, por meio de visitas domiciliares, o local de nascimento dos filhos, visto que esse dado não consta na ficha A. Nesta etapa, das 980 famílias detectadas na fase anterior, apenas 631 atenderam ao critério de o município de Campo Mourão ser o local de nascimento dos filhos a comporem o estudo.

Como o estudo deveria ser realizado com apenas um filho que estivesse na idade entre um e nove anos e um filho com idade entre 10 e 14 anos, nos casos em que a mãe tivesse mais de um filho em uma ou nas duas categorias de faixa etária, foi realizado um sorteio simples para escolher apenas um filho para o desenvolvimento do estudo.

Para o cálculo amostral, utilizou-se parâmetro de confiabilidade de 95% e erro de 6%, e a partir daquele a amostra ficou estabelecida em 184 entrevistas. Contudo, conseguiu-se realizar um total de 197. Como a população total de famílias foi classificada por unidade básica de saúde e por ACS, o cálculo amostral foi realizado segundo o critério citado acima para cada UBS. A partir do número estabelecido de componentes da amostra, as entrevistas foram selecionadas por sorteio simples e aleatório.

O roteiro de entrevista (ver Apêndice B) para as mães que respondiam aos critérios de inclusão é constituído de questões fechadas e abertas que se distribuem em três partes: caracterização da mãe, assuntos referentes ao filho na faixa etária

entre um e nove anos e pesquisa sobre assuntos referentes ao filho na faixa etária entre 10 e 14 anos.

Como o objetivo do estudo é comparar os filhos em faixas de idade já distintas, os filhos com idade entre 10 e 14 anos receberão a denominação de FILHO A, e o filho com idade entre um e nove anos, a denominação de FILHO B.

Para facilitar possíveis comparações, seguiu-se o conceito de aleitamento materno exclusivo, um dos pontos-chave deste estudo, definido pela OMS (1991) como o uso exclusivo do leite materno como único alimento para a criança, permitindo-se apenas gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais e outros medicamentos.

Na realização das entrevistas participaram dez alunos voluntários, dos quais nove pertenciam a escolas técnicas e um ao ensino superior. A capacitação dos voluntários baseou-se em reuniões com a pesquisadora para conhecimento do projeto de pesquisa, etapas da metodologia, discussão da área do município e seus bairros, conhecimento do roteiro de entrevista e possíveis formas de argumentação, entrevistas domiciliares monitoradas e distribuição de materiais de apoio com: pastas de plástico, canetas, cliques, formulários de entrevistas e mapas dos bairros.

Foi realizado um estudo-piloto, para a adequação do instrumento de coleta de dados, com entrevistas direcionadas a dez mães, residentes no município, sorteadas aleatoriamente, que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa. O estudo-piloto revelou que havia necessidade de se incluir questionamentos sobre o convite e participação das mães nas reuniões do PCF, no instrumento de coleta de dados.

As entrevistas foram executadas nos meses de julho e agosto de 2006, totalizando 45 dias de entrevistas em todos os períodos. Para a execução da pesquisa de campo nos domicílios das mães (sorteadas aleatoriamente), após a abordagem inicial com a apresentação do pesquisador e antes do início da coleta dos dados, todas as respondentes receberam orientações acerca da entrevista. Estas envolviam a ciência de que a participação era voluntária, não implicando em desconforto ou risco, e a desistência lhes era permitida a qualquer momento em que lhes aprobe.

Nos casos em que as mães não foram encontradas em seus domicílios, ficou estabelecido o retorno, que não deveria ultrapassar quatro visitas.

Foi recolhida a assinatura da entrevistada em duas vias do Termo de Consentimento Livre (conforme Apêndice C), sendo que uma cópia do Termo ficou de posse da pesquisadora e a outra do pesquisado.

### 3.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados das entrevistas foram digitados e tabulados no programa de computador *Excel* e analisados com o auxílio do programa *Statistic 6.0*.

Para análise estatística das diferenças entre as características maternas, por ocasião do nascimento do Filho A e Filho B, utilizou-se o valor  $p$ , calculado a partir do Stat Calc (Epi Info 2002) e considerou-se significativo o  $p < 0,05$ . Quanto à situação do desmame, utilizou-se o mesmo programa. Calculou-se *odds ratio* (OR) e seu respectivo intervalo de 95% de confiança.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS MÃES NO PERÍODO GESTACIONAL

Entre as 197 mulheres estudadas, a faixa etária predominante foi a de 20 a 29 anos (52,8% para o Filho A e 57,9% para o Filho B) (Tabela 1). Nos resultados do censo de 2000, realizado pelo IBGE (2005), esta é a faixa etária predominante para a população de mulheres em idade fértil (26,1%) encontrada no município.

Relativamente às faixas etárias de maior risco para gestação, como idade precoce e idade avançada, 36,5% tiveram o filho A antes dos 20 anos, ou seja, foram adolescentes grávidas. Segundo o DATASUS, desde o ano de 1996 até o ano de 2004, no município de Campo Mourão a proporção de nascidos vivos cujas mães tinham menos que 20 anos variou entre 25,0%, em 2001, e 22,4%, em 2003. Esses valores são inferiores aos encontrados na população estudada (BRASIL, 2006).

Destacam-se duas mulheres que tiveram os dois filhos do estudo antes de completar 20 anos e uma na faixa etária de 40 a 49 anos, ambas consideradas de risco para a gestação. Entre os anos de 1996 e 2004, em Campo Mourão, o percentual de nascidos de mães na faixa etária de 40 a 49 anos variou de 1,16%, no ano de 1997, a 1,89%, no ano de 1999. Esses dados se assemelham aos resultados deste estudo.

Quanto à escolaridade, das dez mães que se declararam analfabetas e das 23 que possuíam de um a três anos de estudo durante a gestação do filho A, todas informaram ter permanecido nestas mesmas categorias na gestação do filho B. Observou-se incremento dos anos de estudo para 3,6% das mães.

Quando considerado o estado civil das mães no período de gestação, encontra-se a predominância de casadas, com 127 (64,5%) e 139 mães (70,6%), respectivamente à gestação de cada um dos dois filhos do estudo.

**Tabela 1** - Distribuição das mães segundo características sociodemográficas por ocasião do nascimento do Filho A e Filho B. Campo Mourão-PR, 1996-2005.

Características da mãe	Filho A		Filho B	
	N	%	N	%
<b>Idade (anos)</b>				
10 a 14	3	1,5	-	-
15 a 19	69	35,0	2	1,0
20 a 29	104	52,8	114	57,9
30 a 39	20	10,2	73	37,0
40 a 49	1	0,5	8	4,1
			<b>p= &lt;0,001</b>	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>				
Analfabeta	10	5,1	10	5,1
1 a 3 anos	23	11,7	23	11,7
4 a 7 anos	105	53,3	98	49,7
8 a 11 anos	45	22,8	48	24,4
12 ou + anos	14	7,1	18	9,1
			<b>P= 0,933</b>	
<b>Estado civil</b>				
Solteira	34	17,3	18	9,1
Casada	127	64,5	139	70,6
União consensual	31	15,7	31	15,7
Viúva	-	-	1	0,5
Divorciada	4	2,0	5	2,5
Separada	1	0,5	3	1,5
			<b>P= 0,181</b>	
<b>Ocupação (na gestação)</b>				
Do lar	130	66,0	133	67,5
Secretária do lar/diarista	25	12,7	26	13,2
Outras ocupações	42	21,3	38	19,3
			<b>P= 0,881</b>	
<b>Trabalho fora antes de completar 01 ano</b>				
Não	146	74,1	145	73,6
Sim	51	25,9	52	26,4
			<b>P= 0,908</b>	

Questionadas as mães quanto à sua ocupação na época gestacional, destacaram-se aquelas na condição de donas de casa, correspondente a 66% e 67,5%, respectivamente à gestação do filho A e B.

Quando comparados os valores predominantes das variáveis de caracterização, observou-se que o perfil das mães nos períodos gestacionais foi

semelhante. Entre as características por ocasião do filho A e do filho B somente a idade materna apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p = <0,001$ ).

#### 4.2 VARIÁVEIS DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A totalidade das mulheres realizou consulta no pré-natal e a maioria o fez na rede pública de atendimento, respectivamente, 82,7% e 87,3% na gestação do filho A e filho B (Tabela 2). O discreto aumento no sistema público na gestação do filho B pode ter ocorrido devido aos novos recursos de acessibilidade com implantação de novas UBSs e aumento da oferta de profissionais de saúde no município.

**Tabela 2** - Distribuição das mães segundo características da assistência ao pré-natal e parto por ocasião do nascimento do Filho A e Filho B. Campo Mourão-PR, 1996-2005.

Características maternas	Filho A		Filho B	
	N	%	N	%
<b>Local do pré-natal</b>				
UBS	163	82,7	172	87,3
Clínica particular	34	17,3	25	12,7
			<b>p= 0,204</b>	
<b>Nº. de consultas*</b>				
De 1 a 3	5	2,6	4	2,0
De 4 a 6	31	15,8	26	13,3
7 ou mais	160	81,6	166	84,7
			<b>p= 0,712</b>	
<b>Preparo das mamas</b>				
Não	148	75,1	132	67,0
Sim	49	24,9	65	33,0
			<b>p= 0,075</b>	
<b>Tipo de parto</b>				
Vaginal	134	68,0	127	64,5
Cesárea	63	32,0	70	35,5
			<b>P= 0,456</b>	

\* Excluídos dois casos cujo número de consultas é ignorado.

Em relação ao número de consultas, houve um aumento discreto de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal no filho B (de 81,2% para

84,3%). Considera-se esse número satisfatório, pois o Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo seis consultas pelo médico e/ou enfermeiro no decorrer da gestação, para garantir uma boa assistência às gestantes e seus filhos (BRASIL, 1999).

Ao serem indagadas sobre a realização de técnicas de preparo das mamas no pré-natal para o posterior aleitamento materno, a minoria das mães, em ambas as gestações, realizou algum tipo de preparo; a saber, 24,9% na primeira e 33% na segunda gestação. Entre os preparos que ocorreram com maior frequência, a massagem e o banho de sol destacaram-se em ambas as gestações. Quanto ao profissional que orientou, verificou-se que o médico obstetra foi o profissional mais citado. Entre as mulheres pesquisadas, foi verificado que tanto o filho A quanto o filho B nasceram, predominantemente, por parto vaginal (68% e 64,5%, respectivamente). Segundo a OMS (1996), a taxa de cesáreas ideal é 15%. As taxas muito inferiores e muito superiores a esse valor estão associadas ao aumento da mortalidade materna e infantil. Segundo dados do SINASC em 2004 (BRASIL, 2006), a taxa de cesáreas no Brasil foi de 41,8%, tanto pelo SUS quanto pelo sistema suplementar (medicinas de grupo, seguradoras, autogestões, filantrópicas e cooperativas médicas). Apesar do aumento da taxa de cesárea no filho B, comparada ao filho A, essa diferença não foi significativa.

#### 4.3 DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Quanto à duração do aleitamento materno (Tabela 3), conforme a idade da criança, observou-se redução do abandono no primeiro mês de vida (15,7% para 12,2%) e aumento aos quatro (16,2% para 26,9%) e aos seis meses (34% para 36,5%). O PCF tem como ação programática a visita diária nas maternidades do município. Como a equipe vai ao encontro da mãe e seu recém-nascido, oportuniza o incentivo ao AM e ainda entrega à mãe o *kit* citado anteriormente e orienta cuidados na amamentação.

**Tabela 3** – Abandono do aleitamento materno exclusivo antes do sexto mês de vida (%) entre os nascidos antes (Filho A) e após (Filho B) a implantação do PCF. Campo Mourão–PR, 1996-2005.

Época do abandono (em meses)	Filho A		Filho B	
	N	%	N	%
Não amamentou	12	6,1	03	1,5
< 1	19	9,6	21	10,7
1 a 3	67	34,0	48	24,4
4 a 5	32	16,2	53	26,9
Subtotal	130	66,0	125	63,5
Não abandonaram	67	34,0	72	36,5
Total	197	100,0	197	100,0

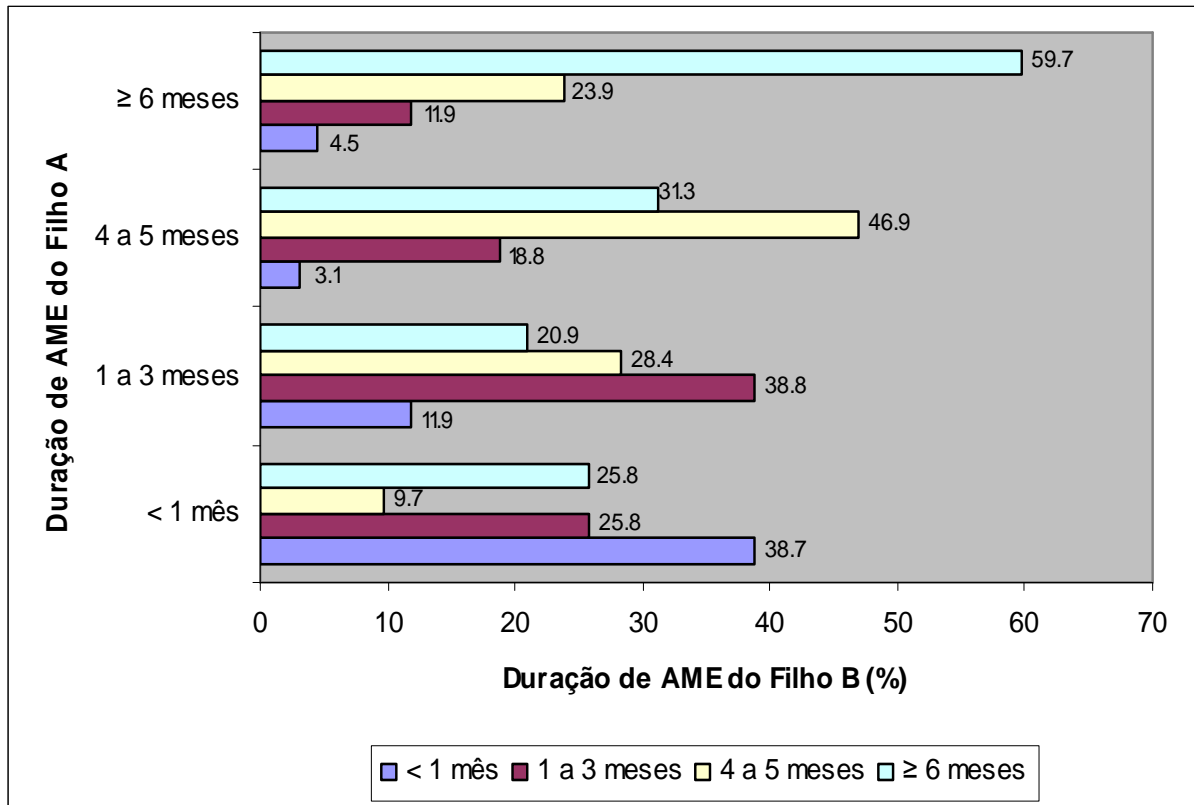
Todavia, apesar dessas ações, a redução na taxa de abandono no primeiro mês de vida da criança não foi estatisticamente significativa (OR de 1,35 [0,73-2,48]). A mesma situação não se observou a partir de quatro meses e a redução do abandono até esta faixa etária foi estatisticamente significativa (OR de 1,68 [1,10-2,57]). Pode-se associar a este resultado a implantação das equipes de Saúde da Família, a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência da mulher e da criança e intensificação das campanhas em massa.

Na Figura 1 são apresentados dados que relacionam a duração do AME do Filho A e do Filho B. Nota-se que, apesar de estatisticamente não significativo, vale ressaltar que entre aquelas que não amamentaram ou abandonaram o AME no primeiro mês de vida do Filho A, apenas 38,7% assim procederam no Filho B. Em relação às mães que amamentaram exclusivamente no período de um a três meses o filho A, 11,9% abandonaram no primeiro mês e 49,3% aumentaram o TAME para quatro meses ou mais.

De modo geral, nota-se na figura 1 que houve melhora na duração do AME. Porém, ainda é relevante o número de mães que realizaram o desmame precoce ou mesmo diminuíram o TAME entre o primeiro e o segundo filho do estudo. Segundo Silva (2000), deve-se salientar que apenas orientar pode ser uma tarefa inefetiva para o êxito na amamentação. Neste processo, deve-se reconhecer que esta prática é uma experiência que implica no envolvimento de uma série de fatores maternos e outros relacionados ao RN, e que ela não está na dependência exclusiva de conhecimentos sobre técnicas de manejo da amamentação. Desta forma, deve-se



pensar nas atuais práticas da assistência pré-natal, parto e puerpério e realizar possíveis mudanças que objetivem a amamentação.

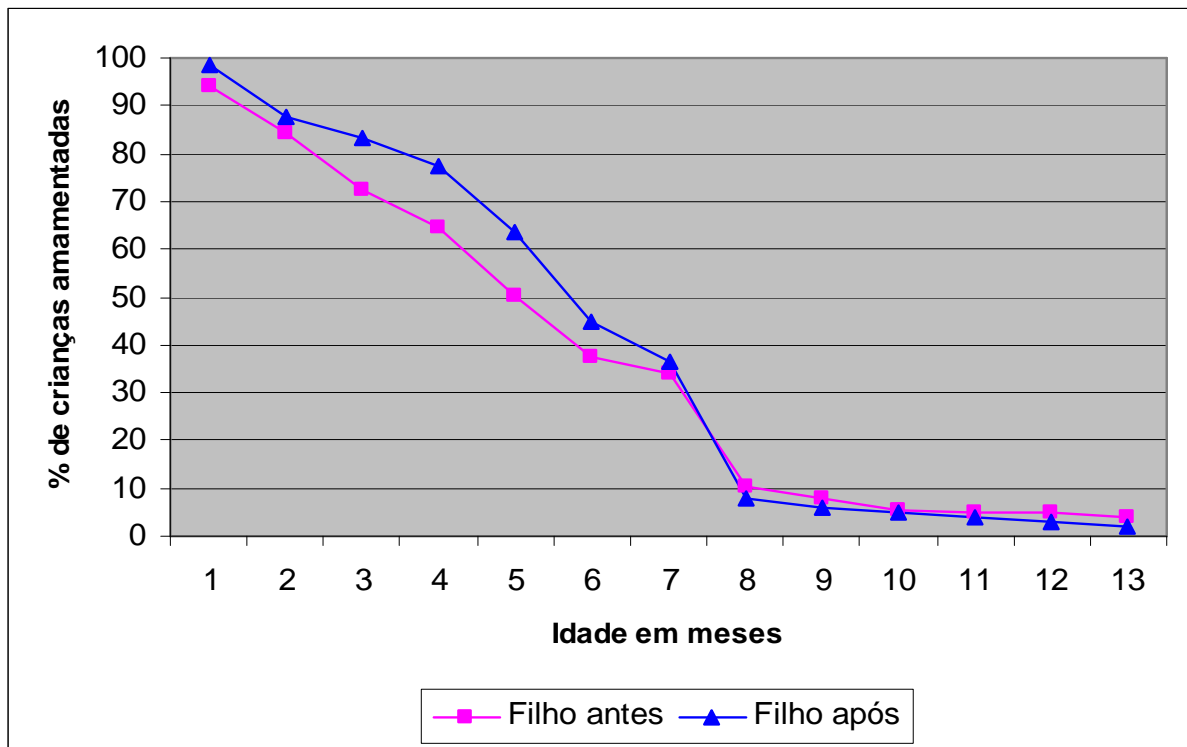


**Figura 1** - Duração do AME do Filho nascido após a implantação do PCF (Filho B) em relação à duração do AME do filho nascido antes (Filho A). Campo Mourão-PR, 1996-2005.

Comparando a prevalência de AME aos seis meses ou mais, (Figura 2) verifica-se discreto aumento nas taxas entre os filhos A e B (passou de 34,0% para 36,5%). Porém, esta diferença não foi significativa ( $p = 0,598$ ). Campo Mourão apresentou prevalência superior a 21,1%; 5,3% e 3,1%, observadas, respectivamente, em Conchas-SP (PARADA et al., 2005), Itaúna-MG (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007) e São José do Rio Preto-SP (FIGUEIREDO et al., 2004).

A Organização Pan-americana e o Ministério da Saúde preconizam o aleitamento materno exclusivo (AME), com oferta de apenas leite materno, sem outros líquidos – como água e chás – até o sexto mês, e amamentação complementada com alimentos sólidos até o segundo ano de vida do bebê ou mais. Com o AME muitas são as vantagens nutricionais, imunológicas e afetivas para o

bebê, além dos benefícios para as mães, como vínculo afetivo com seu filho, prevenção de complicações hemorrágicas no pós-parto, retorno mais rápido ao peso pré-gestacional, planejamento familiar e redução das chances de câncer de ovários e de mamas (BRASIL, 2002).



**Figura 2** - Prevalência de aleitamento materno exclusivo entre os nascidos antes e após a implantação do programa em meses de vida. Campo Mourão-PR, 1996-2005.

Em estudos referentes à amamentação, encontraram-se diferenças nas variações de tempo e nas metodologias empregadas, fazendo com que a comparabilidade dos resultados seja ainda difícil por falta de uniformidade nos indicadores empregados. Alguns autores utilizam os dias como variáveis de tempo (FIGUEIREDO et al., 2004; SILVA; SOUZA, 2005), e outros, os meses (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR et al., 2007; OLIVEIRA; CAMACHO, 2002; PARADA et al., 2005). Para auxiliar na avaliação dos indicadores, o Ministério da Saúde sugere pontos de corte aos 30, 120 e 180 dias ou um, quatro e seis meses para crianças em AME, permitindo estimar a freqüência desta prática nos seis primeiros meses de vida (BRASIL, 1997).

Ressalta-se pelas literaturas (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007; KITOKO et al., 2000; FIGUEIREDO et al., 2004), que nos últimos anos, com a introdução de práticas estimulantes e motivadoras, como por exemplo iniciar a amamentação ainda na sala de parto, a prevalência de AME das crianças ao nascer é alta (próximo dos 100%). Porém, a introdução de alimentos muito precoce faz com que esta prevalência sofra decréscimo no decorrer dos meses. Em Campo Mourão, as prevalências nos primeiros 30 dias foram de 93,9% no filho A e 98,8% filho B. Observa-se que estes achados confirmam os resultados vistos em Itaúna-MG (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007), 98%, e em Florianópolis-SC (KITOKO et al., 2000), 90%. Por outro lado, divergem com os encontrados em São José do Rio Preto-SP (FIGUEIREDO et al., 2004), 36,4%, e em João Pessoa-PB (KITOKO et al., 2000) 40%. Os resultados obtidos sugerem a existência de processos diferenciados de práticas de alimentação infantil nas diferentes cidades, e que, em Campo Mourão, o aumento das prevalências, embora discreto, pode ter como fator contribuinte a implantação do PCF.

A prevalência encontrada em Campo Mourão aos 30 dias foi de 84,3%, no filho A, e 87,8% no filho B. Chaves, Lamounier e César (2007) e Figueiredo et al. (2004) concluíram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês foi de 62,6% em Itaúna-MG, e 23,7% em São José do Rio Preto-SP, respectivamente sendo resultado inferior em relação a ambos os filhos.

No Brasil, a prevalência de amamentação aumentou na última década, passando de 49% para 60% aos seis meses de idade. Este incremento ocorreu de forma homogênea em todo o país, sofrendo variações significativas de acordo com o local e características socioeconômicas da população estudada. Comparando este resultado com o grupo de estudo do filho A, que compreende a mesma faixa etária, este grupo apresenta-se com índices abaixo da média nacional (BRASIL, 2002).

Silva e Souza (2005), em estudo sobre a prevalência do aleitamento materno no município de Lins-SP, compararam a prevalência de AM em consultórios particulares e centros de saúde e observaram que não houve diferenças significantes entre os serviços.

A prevalência de AME aos quatro meses, em Lins-SP, foi de 61,17%, resultado maior em relação aos achados em Campo Mourão, no filho A e filho B,

50,3% e 63,5%, respectivamente. O mesmo indicador foi encontrado em valores inferiores como 46,3% em Florianópolis (KITOKO et al., 2000), 25,4% em Conchas-SP (PARADA et al., 2005), 23,9% em João Pessoa-PB (KITOKO et al., 2000), 19,5% em Itaúna-MG (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007) e 11,1% em São José do Rio Preto-SP (FIGUEIREDO et al., 2004).

Silva e Souza (2005) sugeriram que há grande dificuldade para se manter indicadores altos após os quatro meses de AME devido a grande parte das mães brasileiras, trabalharem fora do lar mesmo sendo amparadas pela Constituição Brasileira que asseguram o seu afastamento por até 120 dias, além de permitir o aleitamento materno durante o horário de trabalho. Consideram que estes direitos, na prática, são difíceis de ser exercidos.

De acordo com tabela 4, de todas as mães do filho A, entre as de menor escolaridade, a prevalência de AME no sexto mês foi superior que as de maior escolaridade (39,1% e 22%). O mesmo fato se observou entre as mães do filho B (40,5% e 28,8%). Este resultado diverge dos estudos de Santos, Soler e Azoubel (2005), Silva e Souza (2005), Kitoko et al. (2000), nos quais a prevalência foi mais elevada entre as mulheres mais instruídas.

No grupo de mães com idade igual ou superior a 20 anos, a prevalência de AME no sexto mês foi mais elevada em relação ao grupo com menos de 20 anos, em ambos os filhos (A e B). Estes achados coincidem com o estudo de Chaves, Lamounier e César (2007) e Gigante, Victora e Barros (2000), cujas pesquisas demonstraram que mulheres adolescentes amamentaram por menor tempo que as adultas, alegando que estas últimas podem possuir maior experiência e conhecimento acerca da amamentação.

Foi verificado que, em relação às mães com filho A, as que não viviam com o companheiro amamentaram por mais tempo que as que viviam com companheiro (42,1% e 32,1%). Este fato foi observado também entre as mães do filho B (44,4% e 35,3%). Diferente dos resultados encontrados, Ichisato e Shimo (2002) relataram que, nos últimos anos, tem sido maior a associação entre AM e fatores psicossociais. As influências recebidas de pessoas do convívio social podem interferir na intenção de amamentar. Além disso, existem evidências que sugerem a importante participação do pai no apoio às mães durante a amamentação.

**Tabela 4** - Prevalência de aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida segundo variáveis maternas, entre os nascidos antes (Filho A) e após (Filho B) a implantação do PCF. Campo Mourão–PR, 1996-2005.

Variáveis	Filho A AME				Filho B AME			
	Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Escolaridade</b>								
< 8	54	39,1	84	60,9	53	40,5	78	59,5
> = 8	13	22,0	46	78,0	19	28,8	47	71,2
<b>Faixa etária</b>								
< 20	22	30,6	50	69,4	0	0,0	2	100,0
> = 20	45	36,0	80	64,0	72	36,9	123	63,1
<b>Presença do companheiro</b>								
Sim	51	32,1	108	67,9	60	35,3	110	64,7
Não	16	42,1	22	57,9	12	44,4	15	55,6
<b>Trabalho fora do lar</b>								
Sim	16	31,4	35	68,6	13	25,0	39	75,0
Não	51	34,9	95	65,1	59	40,7	86	59,3
<b>Tipo de parto</b>								
Vaginal	55	41,0	79	59,0	49	38,6	78	61,4
Cesárea	12	19,0	51	81,0	23	32,9	47	67,1

De todas as mães com filho A, entre as donas de casa, a prevalência de AME no sexto mês foi mais alta que as que trabalharam fora do lar (34,9% e 31,4%). No filho B, ocorreu o mesmo fato (40,7% e 25%). Estudos têm revelado que o trabalho fora do lar é um fator de risco para o desmame precoce (KITOKO et al., 2000; VANNUCHI et al., 2005). Segundo Vannuchi et al. (2005), a mãe que trabalha fora apresenta uma chance 1,61 vezes maior de interromper o AM em crianças menores de um ano, comparativamente ao outro grupo. O não cumprimento da legislação no que diz respeito à licença maternidade associada à falta de orientações por parte dos profissionais na conscientização da mãe em relação aos procedimentos do AM são fatores que podem contribuir para a descontinuidade da amamentação. Ao contrário do que afirma os achados desta pesquisa e os autores citados acima, o trabalho materno, de forma geral, não se apresenta como empecilho ao aleitamento materno e outros cuidados com a criança. Os diferenciais

estão mais relacionados à escolaridade da mãe e à renda familiar, pois hoje há fatores favorecendo o cuidado, como licença-maternidade e licença para amamentação (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; PARADA et al., 2005; SANTIAGO et al., 2003; VENÂNCIO et al., 2002; VOLPINI; MOURA, 2005).

O tipo de parto, também, pode ser relacionado com o desmame precoce. Figueiredo et al. (2004) observaram que crianças nascidas por parto cesáreo apresentaram maior risco para o desmame. Weiderpass et al. (1998) relataram que as mães submetidas a cesarianas eletivas apresentaram maior risco de interrupção da lactação nos primeiros trinta dias após o parto, quando comparadas àquelas que tiveram partos vaginais ou cesarianas emergenciais. Os autores acima sugerem que entre as possíveis justificativas existe a influência do tempo de hospitalização e o padrão de atendimento pós-operatório, dificultando o alojamento conjunto e o aleitamento à livre demanda, ou ainda, permitindo a introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança.

Quanto ao tipo de parto, verificou-se que as mães que tiveram seus filhos por parto vaginal amamentaram seus filhos A por tempo maior que seis meses quando comparadas às que se submeteram às cesarianas (41% e 19%). Situação semelhante observou-se nos filhos B (38,6% e 32,9%). Segundo Figueiredo et al. (2004), o tipo de parto pode ter alguma influência sobre a mãe na escolha do tipo de alimentação a ser oferecida ao bebê nos seis primeiros meses de vida, sendo que as crianças nascidas por cesarianas apresentaram maior risco para o desmame.

Nota-se que houve diferenças no perfil das mães que amamentaram seus filhos por tempo inferior a seis meses e por seis meses ou mais. No âmbito geral, tanto no grupo do filho A quanto no filho B, as características das mães que abandonaram o aleitamento materno antes dos seis primeiros meses de vida do bebê foram: possuíam oito anos ou mais de estudo, tiveram seus filhos com menos de 20 anos de idade, possuíam companheiro, trabalharam fora do seu domicílio antes que a criança completasse um ano de vida e seus filhos nasceram de parto cesárea.

Outros fatores que interferem no AM relacionam-se a algumas práticas como o preparo das mamas durante a gestação. Conforme tabela 5, entre todas as mães com filho A que prepararam as mamas, sem especificar a técnica utilizada, a

prevalência de AME no sexto mês foi superior às que não prepararam (34,7% e 33,8%). O mesmo fato se observou entre as mães do filho B (38,5% e 35,6%). Volpini e Moura (2005), em pesquisa com mães residentes no distrito Noroeste da cidade Campinas – SP, evidenciaram que um dos motivos alegados para o desmame precoce – além de o leite ter secado, da rejeição do bebê e do trabalho materno – foi o de problemas na mama. Sugerem que tal desmame poderia ser evitado mediante reforço na orientação, desde o pré-natal até a puericultura da criança, quanto às técnicas corretas e os benefícios do aleitamento materno, com aconselhamento dos profissionais de saúde, em amamentação. Isso ajudaria a mãe a tomar decisões de forma empática e daria apoio com sugestões, além de desenvolver a confiança.

Quanto à ocorrência de problemas na amamentação, verificou-se que a prevalência de AME no sexto mês, entre as mães que não tiveram intercorrências na amamentação, foi mais elevada tanto no filho A (46,1% e 24,1%), quanto no filho B (39,8% e 34,1%).

Segundo Parada et al. (2005), mães que apresentaram dificuldades de manejo no início do aleitamento como ingurgitamentos, traumas mamilares, mastite e outros, correm riscos de abandonarem o AME. As mães que amamentaram por seis meses ou mais os filhos A e B não relataram intercorrências no processo de amamentar. Este fato reforça a importância de ações de apoio ainda no pré-natal, desde o preparo das mamas e também no puerpério.

Em relação ao uso de chupeta, foi verificado que a prevalência de AME no sexto mês foi mais alta nos grupos de mães cujos filhos não utilizaram chupetas. Foram observadas prevalências de 41,2% e 26,3% no filho A e 38,6% e 32,9% no filho B.

As crianças que não usam chupeta possuem maior chance para o aumento da prevalência para o AME. O uso de chupeta pode estar relacionado com menor tempo de duração de AM, sendo influenciado por questões culturais, insegurança da mãe em amamentar, bem como dificuldades e problemas na amamentação, interferência da mídia e conduta de alguns profissionais sem capacitação adequada (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007; COTRIM; VENANCIO; ESCUDER, 2002; SANTIAGO et al., 2003; VANNUCHI et al., 2005).

**Tabela 5** – Prevalência do aleitamento exclusivo no sexto mês de vida segundo variáveis relacionadas à prática do aleitamento, entre os nascidos antes (Filho A) e após (Filho B) a implantação do PCF. Campo Mourão–PR, 1996-2005.

Variáveis	Filho A AME				Filho B AME			
	Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Preparo das mamas</b>								
Sim	17	34,7	32	65,3	25	38,5	40	61,5
Não	50	33,8	98	66,2	47	35,6	85	64,4
<b>Problemas na amamentação*</b>								
Sim	20	24,1	63	75,9	31	34,1	60	65,9
Não	47	46,1	55	53,9	41	39,8	62	60,2
<b>Uso de chupeta</b>								
Sim	25	26,3	70	73,7	23	32,9	47	67,1
Não	42	41,2	60	58,8	49	38,6	78	61,4

\* Excluídos, por falta de amamentação, 12 casos no filho A e três casos no filho B.

Diante destas questões, contribuíram para o desmame: o fato das mães não prepararem as mamas no período pré-natal, a ocorrência de problemas na amamentação e o uso de chupetas pelas crianças. Reforça-se, deste modo, que o pré-natal é o período mais oportuno para a discussão com a gestante sobre os acontecimentos que antecedem o parto e o puerpério, incluindo orientações relativas aos cuidados com a criança. Neste período, os profissionais de saúde podem discutir a importância da amamentação, reconhecer a intenção de amamentar debatendo anseios e expectativas, bem como desmitificando pré-conceitos, orientar e participar coadjuvamente no preparo das mamas e, assim prepará-las para o ato de amamentar.



#### 4.4 COBERTURA DAS ATIVIDADES DO PCF

Na tabela 6 são apresentadas as atividades do PCF. Constatou-se que a cobertura das ações de promoção do AM, no âmbito geral, enfocou principalmente as atividades após o nascimento.

Apenas 29,4% relataram ter sido convidadas para as reuniões, sendo que 55,2% referiram participação nessas reuniões. Ou seja, somente 16,2% das mulheres estudadas fizeram parte de pelo menos uma reunião.

**Tabela 6** - Cobertura das ações de promoção do aleitamento materno do Programa Cegonha Feliz. Campo Mourão-PR, 1996-2005.

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Convite às reuniões</b>	<b>Sim</b>	58	29,4
	<b>Não</b>	139	70,6
<b>Participação nas reuniões</b>	<b>Sim</b>	32	16,2
	<b>Não</b>	165	83,8
<b>Visita hospitalar</b>	<b>Sim</b>	173	87,8
	<b>Não</b>	24	12,2
<b>Recebimento da cartilha</b>	<b>Sim</b>	157	79,7
	<b>Não</b>	40	20,3
<b>Recebimento da bolsa</b>	<b>Sim</b>	152	77,2
	<b>Não</b>	45	22,8

As reuniões do PCF sob supervisão da própria equipe têm ocorrido, mensalmente, na área central do município. Os convites às gestantes acontecem por meio das visitas domiciliares dos ACSs, cartazes de divulgação nas UBSs e meios de comunicação (rádio). As mães participam das reuniões, além de receberem orientações acerca da gestação, dos cuidados com a criança e do incentivo ao aleitamento materno, são recebidas com lanche e concorrem ao sorteio de um carrinho de bebê.

Alguns fatores têm influenciado a baixa cobertura das reuniões. Constatou-se, durante a entrevista, que muitas sequer foram convidadas a participar da reunião

e outras relataram dificuldade de acesso, incluindo o estado final da gestação (cansaço, dores nas costas e fadiga) e/ou problemas de ordem financeira.

Em relação às visitas hospitalares no período de puerpério mediato, a equipe do PCF visitou 87,8% das mães. Entre elas 79,7% receberam a cartilha de orientações básicas sobre o cuidado da mãe e seu bebê, e 91,7% relataram leitura da cartilha recebida.

Ainda em relação à visita hospitalar do PCF, 77,2% das mães receberam a bolsa completa, ou seja, com todos os seus itens, e 5,6% receberam apenas a bolsa, sem os itens. Dessas mães que receberam a bolsa completa ou incompleta (n=163), a quase totalidade (98,2%) atestou a utilidade da bolsa e dos produtos. Segundo argumentações sobre qual a utilidade dos itens inclusos na bolsa, a pomada para prevenção de assaduras foi o material mais utilizado (83,4%), seguido do álcool 70% (82,2%) e a gaze (68,7%).

Esses dados revelam que a entrega da cartilha e do *kit* não foi homogênea, visto que, segundo informações obtidas informalmente de gestores e profissionais da equipe do PCF, houve demora nos orçamentos e, conseqüentemente, falta dos materiais.

Programas relacionados à saúde da mulher e da criança em outros municípios que entregam um *kit* às mães nas maternidades com bolsa e itens para o cuidado com o bebê, como Campo de Goytacazes-RJ (Nascer em Campos) e Florianópolis – SC (Capital Criança), serviram de exemplo para este procedimento. Eles sugerem melhora da auto-estima da mãe, estimulando o cuidado com o bebê e incentivando a amamentação. Isso foi identificado também em Campo Mourão e a entrega da bolsa pelo PCF é uma ação de grande receptividade, pois, das mães que a receberam, 99,4% aprovaram a atitude. Ela gerou satisfação, surpresa e incentivo no cuidado do bebê. Vale salientar que para as mães com condições socioeconômicas mais baixas, qualquer ajuda é bem-vinda. Nestas situações, mostraram-se satisfeitas inclusive aquelas que receberam apenas a bolsa ou somente os itens de cuidado com o bebê. Uma mãe mostrou-se indiferente, provavelmente devido à sua melhor condição econômica.

Como as visitas hospitalares do PCF, em sua grande parte, ocorrem no puerpério imediato, alguns fatores relacionados à mãe podem dificultar a absorção

de conhecimentos sobre a amamentação fornecidos pela equipe durante a visita, como os citados por Faisal-Cury e Menezes (2006). Há destaque para a dor da cicatriz, seja de cesariana ou episiotomia; a ansiedade no pós-parto, que pode incluir o primeiro contato com o bebê e a descida de leite; a preocupação com o parceiro e filhos que ficaram em casa e problemas de nascimento com filhos anteriores. Assim, cabe à equipe do PCF o cuidado para perceber a real situação de cada mãe, por meio desse contato puerperal imediato, respeitando-a e atentando-se para o acompanhamento domiciliar, ou mesmo o encaminhamento a outros serviços de apoio.

Todavia, os determinantes para a amamentação envolvem um conjunto de ações que acontecem desde o início do pré-natal, com orientações às mães por profissionais e uso de meios de comunicação. Além, disso, existem interferência socioeconômica e cultural, práticas hospitalares com alojamento conjunto e continuidade da atenção na puericultura. Assim, embora a visita hospitalar seja oportunidade valiosa para o conhecimento das limitações maternas e do RN, propiciar o vínculo e planejamento do cuidado, por si, é insuficiente para garantir qualidade de vida para a mãe e seu filho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PCF, assim como muitos outros programas, foi implantado mediante necessidade de mudanças positivas dos indicadores relacionados à saúde da mulher e da criança. Os objetivos do programa juntamente com a descrição das atividades que deveriam ser executadas e os recursos necessários, tanto materiais quanto humanos, foram relacionados no projeto inicial há mais de 10 anos. Embora concebido como um projeto que busca melhorar as condições de saúde e vida da população mourãoense, não houve estudos de avaliação para se verificar o andamento do programa (processo), e os produtos (impactos) das ações.

A partir das metas do projeto de implantação do PCF, que inclui desde a redução dos indicadores de morbimortalidade infantil e atendimento ambulatorial até o pré-natal, entre outros, seguiu-se a análise dos indicadores e das variáveis relacionadas ao aleitamento materno.

Este estudo evidenciou notadamente:

- a. pouco impacto do PCF no aumento da prevalência do AME, quando comparada a situação das crianças nascidas antes e após a implantação;
- b. que o PCF, nestes anos de existência, desenvolveu um conjunto de ações não sistematizadas, apesar de importantes e reconhecidas pela mãe. Sugere-se a necessidade de reordenamento e integração das ações;
- c. que o PCF isoladamente não permite atingir as metas do programa e recomenda parcerias e integração com outros programas, órgãos e instituições que também prestam serviços à comunidade como PSF, conselho tutelar, hospitais, banco de leite, serviço social, etc;
- d. a importância das orientações de AM, bem como as demais relacionadas à saúde da gestante e da criança, que devem ser iniciadas no pré-natal;
- e. a necessidade de capacitar os profissionais de saúde envolvidos para qualificar as consultas e a escuta e, assim, poder identificar as motivações, dúvidas e ansiedades da mulher durante o pré-natal, o parto e no cuidado à criança;

f. a dificuldade de acesso e acessibilidade às reuniões do PCF, momentos de trocas de experiências entre as gestantes, motivo pela qual é fundamental a descentralização das UBSs no sentido de possibilitar maior participação;

g. que a entrega dos *kits*, de grande aceitação por parte das mães, não deve constituir aspecto central da visita hospitalar. Os profissionais da equipe devem atentar para a detecção de intercorrências relacionadas ao binômio mãe-filho e reforçar as orientações, bem como a vinculação à atenção básica.

As questões aqui destacadas reforçam a importância dos estudos avaliativos para alertar gestores, profissionais, acadêmicos e usuários de serviços de saúde quanto à importância da revisão de atividades.

Um outro aspecto fundamental refere-se aos aspectos metodológicos. Neste processo, percebeu-se que o AM não é um bom indicador para a avaliação pretendida. Todavia, a dificuldade decorreu principalmente da falta de sistematização das ações do PCF com ausência de documentos como protocolos e registros em relatórios. Além disso, em se tratando de um estudo que depende da memória para resposta às indagações, notou-se que em alguns casos houve dificuldade em resgatar ocorrências passadas, principalmente no que se refere ao filho nascido antes.

Como continuidade do processo, pretende-se, com este estudo, sensibilizar os gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde quanto à importância de monitorar os programas, a subsidiar avaliações a propiciar tomada de decisões para o alcance dos objetivos propostos. Caso não se proceda assim, os resultados poderão ser esforços infrutíferos, investimentos sem retorno e insatisfação do pessoal envolvido.

Um dos pontos de relevância deste estudo foi a colaboração dos alunos-pesquisadores em sua execução. Sua participação contribuiu para a formação de seu senso crítico, para sua iniciação em atividades de pesquisa, em trabalhos em equipe no desenvolvimento da ética profissional e de formas de comunicação por meio da apresentação e inquéritos. Foi possível perceber a empolgação da equipe de alunos, que não se retraíram, nem mesmo em dias chuvosos e frios, nas noites e fins de semana. A cada entrevista, uma história, uma reflexão, um aprendizado.

Nesse período foi reafirmada a importância da inserção do aluno no contexto social e reconhecida a aprendizagem propiciada com essa parceria.

Finalmente, espera-se que este estudo possa contribuir para outras indagações, mobilizando sujeitos para a construção do conhecimento e motivando à prática constante de pesquisas avaliativas.

## REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, M. C. F., SANTOS, I. S., GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.1, p.88-95, 2001.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n.1, p.64-71, fev. 1991.

BRANDALIZE, S. R. C., CZRESNIA, D. Avaliação do programa de prevenção e promoção da saúde de fenilcetonúricos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.38, n.2, p.300-306, 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Centro Gráfico de Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. *Avaliação na atenção básica em saúde*. Brasília: DAB/CAA, 2005.

\_\_\_\_\_. DATASUS (Departamento de Informática do SUS). *Informações de Saúde*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília; Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. *Manual de promoção do aleitamento materno: Normas técnicas*. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. *Natural é parto normal*. Pré-natal, parto e puerpério. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. *Vigilância em Saúde. Informações e análise de situação de saúde*. Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area](http://www.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area)>. Acesso em: 13 jan. 2006.

BRASIL. Presidência da República. *Lei Orgânica da Saúde*, nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 e Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Programa das nações unidas para o desenvolvimento no Brasil (PNUD). *Desenvolvimento Humano e IDH*. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 20 jul.2006.

CAMPO MOURÃO. 11ª Regional de Saúde. *Sistema de Informação de Mortalidade*. Campo Mourão, 2004. Dados obtidos no banco do SIM.

CARVALHO, D. S., NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em corte de primigestas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.S220-S230, 2004.

CESAR, C. L. G., TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12, supl. 2, p.59-70, 1996.

CHAVES, R. G., LAMOUNIER, J. A., CÉSAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.83, n.3, p. 241-246, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde; conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). *Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p.29-118.

COSTA, J. S. D. et al. Cobertura de exame citopatológico na cidade de pelotas, Rio grande do Sul, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.191-197, jan./fev. 2003.

COTRIM, L. C., VENANCIO, S. I. , ESCUDER, M. M.L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Mat. Infant.*, Recife, v.2, n.3, p.245-252, set./dez. 2002.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica. *Enfoques básicos para la evaluación: estructura, process y resultado*. México: La Prensa Mexicana, 1984, cap.3, p 95-157.

\_\_\_\_\_. Quality assurance in our health care system. *Qual. Assur. Util. Rev.*, [s.l.], v.1, n.1, p.6-12, feb.1986.

\_\_\_\_\_. The definition of quality and approaches to its assessment: structure, process and outcome. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v.1, p.163. (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring).

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev. Brasileira Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.171-8, 2006.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.19, n. 5, p.623-630, set./out., 2006.

FIGUEIREDO, M. G. et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.172-179, jan./fev. 2004.

GIGANTE, D. P., VICTORA, C. G., BARROS, F. C. Nutrição materna e duração da amamentação em coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.3, p.259-65, jun. 2000.

GIL, C. R.; SILVA, A. M. R.; CAMPOS, J. J. B.; BADUY, R. S. Avaliação em saúde. In: ANDRADE, S. M. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: EDUEL, 2001. p.125.



GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*. v.70, n.3, p.138-151, 1994.

GOULART, F. A. A. A organização dos serviços no sistema unificado e descentralizado de saúde (SUDS): a visão do município. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.20, p.61-4, abr. 1988.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.28, n.2, p.131-136, 1994.

HARTZ, Z. M. A. et al. Avaliação do programa materno infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: \_\_\_\_\_ (Org). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.89-129.

\_\_\_\_\_. Uso de traçadores para avaliação de qualidade da assistência à criança: controle da doença diarreica e das infecções respiratórias agudas em dois centros de saúde. *Revista do IMIP: Instituto Materno Infantil de Pernambuco*, Recife, v.9, n.2, p.35-50, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Censo. População. Censo 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso em: 12 nov. 2005a.

\_\_\_\_\_. *População. Indicadores Sociais*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2005b.

ICHISATO, S. M. T, SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.578-85, jul./ago. 2002.

KITOKO, P. M. et al. Situação de aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1111-1119, out./dez. 2000.

MACHARELLI, C. A.; OLIVEIRA, L. R. Perfil do risco de óbito de crianças menores de um ano residentes em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1987. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n.2, p.121-128, abr. 1991.

MINAYO, M. C. S. Abordagens antropológicas para avaliação de políticas sociais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n.3, p.233-238, jun.1991.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.5, n.1, p.41-50, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996.

\_\_\_\_\_. *Indicadores para avaliar las prácticas de lactancia materna*. Genebra: OMS, 1991

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. *Representação Brasil*. Avaliação de impacto na Saúde. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=49&area=Conceito>>. Acesso em: 02 mar. 2006.

PARADA, C. M. G. L. et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.407-14, maio/jun., 2005.

PEREIRA, G. S. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.457-466, abr./jun. 2000.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, E. H. *Evaluation: a systematic approach*. London: New Delhi Sage Publications: The International Professional Publishers, 1993.

SALA, A.; NEMES, M. I. B.; COHEN, D. D. A avaliação na prática programática. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do adulto: programa e ações das unidades básicas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996, p.173-193.

SANTIAGO, L. B. et al. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.79, n.6, p.504-12, 2003.

SANTOS, V. L. F., SOLER, Z. A. S. G., AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v.5, n.3, p.283-29, jul./set. 2005.

SCOCHI, M. J. Evolução por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá-Pr. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n.2, p.129-136, abr. 1999.

SCOCHI, M. J. Indicadores de qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá-Pr: um exercício no campo da avaliação. *Cad. Saúde Pública*: Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.356-367, jul./set. 1994.

SCOCHI, M. J.; SILVER, L. Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada. *Rev. Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.1, n.1, p.55-59, 1º sem. 2002.

SILVA, A. P.; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. *Rev. Nutrição*, Campinas, v.18, n.3, p.301-310, maio/jun. 2005.

SILVA, I. A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. *Rev. Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.34, n.4, p.362-369, dez. 2000.

SILVA, L. M. V., FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan./mar. 1994.

TOMA, T. S., MONTEIRO, C. A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.35, n.5, p.409-414, 2001.

UCHIMURA, T. T. et al. Aleitamento materno e alimentação complementar em crianças de duas creches de Maringá-Pr. *Rev. Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.2, n.1, p.25-30, jan./jul. 2003.

VANNUCHI, M. T. et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina-Pr. *Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.5, n.2, p.155-162, 2005.

VENANCIO, S. I. et al. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.36, n.3, p.313-318, 2002.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Rev. Nutrição*, Campinas, v.18, n.3, p.311-319, 2005.

WEIDERPASS, E. et al. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.32, n.3, p.225-231, jun.1998.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE B

### Roteiro de Entrevista

RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_  
 DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

ENDEREÇO DA ENTREVISTADA: _____ Nº. _____ BAIRRO: _____ TELEFONE: _____
INICIAIS DO NOME DA MÃE: _____ IDADE (HOJE): _____
<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº. de gestações: _____.</li> <li>• Nº. de abortos: _____.</li> <li>• Total de nº. de partos: _____.</li> <li>• Nº. de partos vaginais: _____.</li> <li>• Nº de partos cesáreas: _____.</li> <li>• Nº. de partos domiciliares: _____.</li> <li>• Nº. de natimortos: _____.</li> <li>• Nº. de filhos vivos: _____.</li> <li>• Nº. de filhos mortos: _____.</li> </ul>

### QUESTÕES RELACIONADAS AO FILHO NA FAIXA ETÁRIA ENTRE 01 E 09 ANOS (FILHO B)

<b>1) Iniciais do nome do filho:</b>
<b>2) Gênero:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
<b>3) Data de Nascimento:</b> ___/___/_____
<b>4) Idade (HOJE):</b>
<b>5) Local do nascimento:</b> <input type="checkbox"/> Domicílio. Obs.: se nasceu no domicílio, descartar filho entrevistado. <input type="checkbox"/> Hospital. Qual? _____
<b>6) Tipo de Parto:</b> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea

**Características da mãe na época do pré-natal, parto e puerpério DESTA FILHA**  
**(Filha B)**

<p><b>1) Idade (na época):</b> _____</p>
<p><b>2) Escolaridade (na época):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos</p> <p><input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 12 ou mais</p>
<p><b>3) Estado Civil (na época):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Solteira</p> <p><input type="checkbox"/> Casada</p> <p><input type="checkbox"/> União consensual</p> <p><input type="checkbox"/> Viúva</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciada (separação LEGAL)</p> <p><input type="checkbox"/> Separada</p>
<p><b>4) Ocupação (na época):</b> _____.</p>
<p><b>5) Fez pré-natal?</b> <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p>
<p>Se resposta anterior <b>SIM</b>:</p>
<p><b>6) Onde fez o pré-natal:</b> <input type="checkbox"/> Posto de saúde. Qual? _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Particular. Onde? _____.</p>
<p><b>7) Nº. de consultas realizadas:</b></p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3 consultas</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6 consultas</p> <p><input type="checkbox"/> De 7 e mais</p> <p><input type="checkbox"/> Ignorado.</p>
<p><b>8) Durante o pré-natal, houve preparo das mamas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p>
<p><b>9) Se resposta anterior SIM, qual(is) preparo(s) foi (foram) feito(s)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Uso de sutiã com furo no bico</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de blusas, camisetas sem sutiã</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de buchas vegetais nos seios</p> <p><input type="checkbox"/> Seringas invertidas para a saída dos mamilos</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Citar: _____.</p>
<p> </p>

**10) Quem orientou o preparo das mamas no pré-natal?**

- Médico PSF (Programa Saúde de Família)  
 Médico obstetra  
 Médico do Programa Cegonha Feliz  
 Enfermeiro do posto  
 Enfermeiro do Programa Cegonha Feliz  
 Agente Comunitário de Saúde (ACS)  
 Auxiliar ou técnico em enfermagem  
 Outros. Citar: \_\_\_\_\_

**APÓS NASCIMENTO DO BEBÊ****11) Recebeu visita de alguma equipe de saúde ENQUANTO ESTEVE INTERNADA NO HOSPITAL, APÓS NASCIMENTO DO BEBÊ?**

- Não.  
 Sim. Quem?  Equipe do Programa Cegonha Feliz  
 Outros. Especificar. \_\_\_\_\_

**12) Recebeu a bolsinha do Cegonha Feliz? (De cor rosa se bebê for menina e de cor azul se bebê for menino)**

- Não.  
 Sim.

**13) Recebeu a carteirinha do bebê? (Também conhecida como carteirinha de vacinação)**

- Não.  
 Sim.

**14) Recebeu a cartilha do bebê?**

- Não.  
 Sim.

**15) Você leu a cartilha do Bebê?**

- Não. Por quê? \_\_\_\_\_  
 Sim. Qual parte você mais gostou? \_\_\_\_\_

**16) A Bolsinha do Cegonha Feliz foi útil?**

- Não.  
 Sim.

**17) Se resposta anterior for SIM,****Qual item da bolsinha do Cegonha Feliz mais utilizou no Bebê?**

- Álcool 70%. Por quê? \_\_\_\_\_  
 Pomada para assadura. Por quê? \_\_\_\_\_  
 Gaze. Por quê? \_\_\_\_\_  
 Outros. Citar. \_\_\_\_\_  
 Por quê? \_\_\_\_\_

**18) Qual foi a sua sensação, ao receber a bolsinha do Programa Cegonha Feliz? (Dar abertura para a mãe falar por si só, sem indução ou estímulo do entrevistador).**

- Surpresa  
 Satisfação  
 Medo/insegurança  
 Rejeição  
 Outros. Citar. \_\_\_\_\_



**19) SE você recebeu a visita no hospital, da equipe (ou mesmo de algum membro da equipe) do Programa Cegonha Feliz, esta visita te ajudou ou te estimulou no aleitamento materno?**

- Não. Por quê? \_\_\_\_\_.
- Sim. Como? Por quê? \_\_\_\_\_.

**20) Amamentou este filho SOMENTE NO PEITO, SEM DAR ÁGUA, SEM DAR CHAZINHOS, SEM DAR SUCOS, SEM DAR OUTROS ALIMENTOS, até que idade do bebê?**

- Não amamentou
- Menos de 1 mês
- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- Mais de 6 meses. Quanto tempo? \_\_\_\_\_.

**21) SE AMAMENTOU, houve algum problema na amamentação?**

- Não.
- Sim. Assinale abaixo qual (is)?
- Leite "SECOU"
- Rachaduras no bico
- Leite empedrou (mama engurgitada)
- Mastite (inflamação da mama com dor, calor e vermelhidão na mama)
- Outro(s). Citar. \_\_\_\_\_

**22) Recebeu visita de algum profissional da saúde no domicílio, após nascimento do bebê?**

- Não.
- Sim. De quem?  Agente comunitário de saúde do posto de saúde
- Enfermeiro do posto
- Médico do posto
- Da equipe ou de algum membro do Programa Cegonha Feliz
- Outro(s). Citar. \_\_\_\_\_.

**23) Você trabalhou fora de casa antes do seu bebê completar 01 ano de vida?**

- Não.
- Sim.

**24) A criança usou chupeta?**

- Não.
- Sim. Desde qual idade? \_\_\_\_\_

**25) A criança usou mamadeira ou chuquinha?**

- Não.
- Sim. Desde qual idade? \_\_\_\_\_.

**26) No PRÉ-NATAL, foi convidada para participar das reuniões do Programa Cegonha Feliz?**

- Não
- Sim

- 27) Participou, **NO PRÉ-NATAL**, de alguma reunião do Programa Cegonha Feliz?
- Não
- Sim

**QUESTÕES RELACIONADAS AO FILHO NA FAIXA ETÁRIA ENTRE 10 E 14 ANOS (FILHO A)**

<b>1) Iniciais do nome do filho:</b>
<b>2) Gênero:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
<b>3) Data de Nascimento:</b> ____/____/____
<b>4) Idade (HOJE):</b>
<b>5) Local do nascimento:</b> <input type="checkbox"/> Domicílio. Obs: se nasceu no domicílio, descartar filho entrevistado. <input type="checkbox"/> Hospital. Qual? _____.
<b>6) Tipo de parto:</b> <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> cesárea

**Situação da mãe na época do pré-natal, parto e puerpério DESTA FILHA:**

<b>1) Idade (na época):</b>
<b>2) Escolaridade (na época):</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos <input type="checkbox"/> De 12 e mais
<b>3) Estado Civil (na época):</b> <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União consensual <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada (separação LEGAL) <input type="checkbox"/> Separada
<b>4) Ocupação (na época):</b> _____.
<b>5) Fez pré-natal?</b> <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____. <input type="checkbox"/> Sim
Se resposta anterior <b>SIM:</b>
<b>6) Onde fez o pré-natal:</b> <input type="checkbox"/> Posto de saúde. Qual? _____. <input type="checkbox"/> Particular. Onde? _____.

<p><b>7) Nº. de consultas realizadas:</b></p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3 consultas</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6 consultas</p> <p><input type="checkbox"/> De 7 e mais</p> <p><input type="checkbox"/> Ignorado.</p>
<p><b>8) Durante o pré-natal, houve preparo das mamas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p>
<p><b>9) Se resposta anterior SIM, qual(is) preparo(s) foi (foram) feito(s)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Banho de sol</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de sutiã com furo no bico</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de blusas, camisetas sem sutiã</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de buchas vegetais nos seios</p> <p><input type="checkbox"/> Seringas invertidas para a saída dos mamilos</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Citar: _____.</p>
<p><b>10) Quem orientou o preparo das mamas no pré-natal?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Médico PSF (Programa Saúde de Família)</p> <p><input type="checkbox"/> Médico obstetra</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro do posto</p> <p><input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde (ACS)</p> <p><input type="checkbox"/> Auxiliar ou técnico em enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Citar: _____</p>
<p><b>11) Recebeu visita de alguma equipe de saúde quando internou, no pré-parto, ANTES DO BEBÊ NASCER?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Quem? _____.</p>
<p><b>APÓS NASCIMENTO DO BEBÊ,</b></p>
<p><b>12) Recebeu visita de alguma equipe de saúde ENQUANTO ESTEVE INTERNADA NO HOSPITAL, APÓS NASCIMENTO DO BEBÊ ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Quem? _____.</p>
<p><b>13) Amamentou este filho SOMENTE NO PEITO, SEM DAR ÁGUA, SEM DAR CHAZINHOS, SEM DAR SUCOS, SEM DAR OUTROS ALIMENTOS, até que idade do bebê?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não amamentou</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 mês</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 4 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 5 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 6 meses. Quanto tempo? _____.</p>

**14) SE AMAMENTOU, houve algum problema na amamentação?**

- Não.
- Sim. Assinale abaixo qual (is)?
- Leite "SECOU"
  - Rachaduras no bico
  - Leite empedrou
  - Mastite (inflamação da mama com dor, calor e vermelhidão na mama)
  - Outro(s).Citar.\_\_\_\_\_.

**15) Recebeu visita de algum profissional da saúde no domicílio, após nascimento do bebê?**

- Não.
- Sim. De quem?  Agente comunitário de saúde do posto de saúde
- Enfermeiro do posto
  - Médico do posto
  - Outro(s).Citar.\_\_\_\_\_.

**16) Você trabalhou fora de casa antes do bebê completar 01 Ano de vida?**

- Não.
- Sim.

**17) A criança teve alguma doença antes de completar 01 ano de idade?**

- Não.
- Sim. Qual (is)?
- Diarréia. Com qual idade? \_\_\_\_\_.
  - Dor de ouvido. Com qual idade? \_\_\_\_\_.
  - Cólicas. Com qual idade? \_\_\_\_\_.
  - Outras. Especificar. \_\_\_\_\_ Com qual idade? \_\_\_\_\_.
  - Especificar. \_\_\_\_\_ Com qual idade? \_\_\_\_\_.
  - Especificar. \_\_\_\_\_ Com qual idade? \_\_\_\_\_.

**18) Houve internação hospitalar antes da criança completar 01 ano de vida?**

- Não.
- Sim. Por qual(is) motivo(s)? \_\_\_\_\_.

**19) A criança usou chupeta?**

- Não.
- Sim. Desde qual idade? \_\_\_\_\_.

**20) A criança usou mamadeira ou chuquinha?**

- Não.
- Sim. Desde qual idade? \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

#### **Título provisório do Projeto: Programa Cegonha Feliz na visão das mães: avaliando impacto**

Este projeto tem como objetivo identificar o impacto do Programa Cegonha Feliz abordando assuntos referentes à saúde das crianças e das mães. Será aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas, preservando a origem das informações. Serão oferecidas orientações referentes ao projeto de acordo com a solicitação de cada participante. O entrevistado terá liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização.

Eu, \_\_\_\_\_ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Professora Maria José Scochi, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar da pesquisa através das entrevistas.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica.

Eu, Prof<sup>a</sup>. Maria José Scochi, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Maria José Scochi  
Av. Colombo, 5.790, Maringá – PR. Tel. (44) 3261-4494  
e-mail: zeza@wnet.com.br

Crysthianne Cônsolo Almeida  
Rua Santos Dumont, 1750, Campo Mourão - PR. Tel. (44) 3525-7004  
e-mail: crysconal@uol.com.br

## APÊNDICE D

Prevalência de AME por idade em meses, dos nascidos antes (Filho A) e após (Filho B) a implantação do PCF. Campo Mourão, 1996-2005.

Variáveis	Filho A	Filho B
Idade (em meses)	N	N
<b>Ao nascer</b>	197	197
< 1	185	194
1	166	173
2	143	164
3	127	152
4	99	125
5	74	88
6	67	72
7	20	16
8	16	12
9	11	10
10	10	8
11	10	6
12	8	4
24	2	2

## APÊNDICE E

Duração do AME dos filhos nascidos antes a implantação do PCF (Filho A) segundo a duração do AME do nascido após (Filho B). Campo Mourão – PR, 1996-2005.

Variáveis	Duração do AME em meses do Filho B				
Duração do AME do Filho A ( em meses)	< 1 mês	1 a 3	4 a 5	6 e +	Total
	N	N	N	N	N
<1 mês	12	8	3	8	31
1 a 3	8	26	19	14	67
4 a 5	1	6	15	10	32
6 e +	3	8	16	40	67
<b>Total</b>	24	48	53	72	197

## **ANEXOS**



## ANEXO A

### Parecer do COPEP



**Universidade Estadual de Maringá**

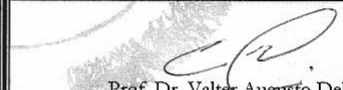
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
Registrado na CONEP em 10/02/1998



CAAE Nº 0080.0.093.000-06

PARECER Nº 096/2006

<b>Pesquisador(a) Responsável:</b> Maria José Scochi	
<b>Centro/Departamento:</b> Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem	
<b>Título do projeto:</b> Programa Cegonha Feliz: avaliando o impacto.	
<p><b>Considerações:</b></p> <p>Trata-se de projeto de pesquisa para dissertação de mestrado, cujo objetivo é avaliar o impacto do Programa Cegonha Feliz, implantado no Município de Campo Mourão-Pr. em 1996, por meio da análise da estrutura dos recursos físicos e humanos existentes, da evolução dos indicadores de morbimortalidade infantil e de indicação de alterações do comportamento quanto ao aleitamento materno.</p> <p>Serão realizadas entrevistas com gestores municipais, trabalhadores de saúde e mães que possuam, em 2006, no mínimo dois filhos, nascidos no município, sendo um deles com idade entre 1 e 9 anos e o outro com idade entre 10 e 14 anos. O período de coleta das informações será de maio a julho de 2006, e a definição das mulheres a serem entrevistadas foi estimada a partir do número de crianças cadastradas na ficha A, das equipes dos Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, lotados nas 11 unidades básicas de saúde do município de Campo Mourão.</p> <p>O orçamento é por conta da pesquisadora. O cronograma está adequado. Estão anexados ao projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 roteiros de entrevista;</li> <li>• 3 termos de consentimento livre e esclarecido (para gestores, para as mães e para os profissionais de saúde);</li> <li>• Pedido de autorização para realizar pesquisa de campo, endereçado ao Secretário Municipal de Saúde de Campo Mourão;</li> <li>• Curriculum Vitae da pesquisadora.</li> </ul> <p><b>Parecer</b> Tendo em vista as considerações arroladas, somos de <b>parecer favorável</b> à aprovação do presente projeto.</p>	
Situação: <b>APROVADO</b>	
CONEP: ( x ) para registro ( ) para análise e parecer      Data: 12/05/2006	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 30/12/2006	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS, na 115ª reunião do COPEP em 12/05/2006.	 Prof. Dr. Valter Augusto Della Rosa <b>Presidente do COPEP</b>

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.  
Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR  
Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br

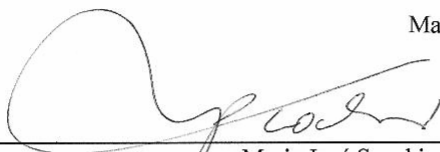
**ANEXO B****Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão*****Pedido de Autorização***

Ilustríssimo Sr.  
Moacir Ciulla Porciúncula  
Secretário Municipal de Saúde de Campo Mourão

Ref.: Solicitação de autorização para realizar pesquisa de campo.

A Universidade Estadual de Maringá vem respeitosamente perante Vossa Senhoria, requerer autorização para realizar pesquisa de campo, a qual compreende a coleta de dados através de consultas aos bancos de informações SIM, SINASC, SIH e SISVAN bem como entrevistas com trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, a ser realizada pela aluna Crysthianne Cònsolo de Almeida do curso de Mestrado em Enfermagem, sob supervisão e orientação da docente Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria José Scochi, a realizar-se no período de maio a julho de 2006.

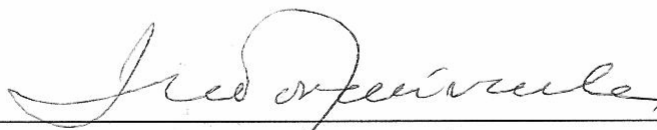
Termos em que  
Pede deferimento  
Maringá, 02 de maio de 2006.



Maria José Scochi

AUTORIZADO EM

02,05,06



MOACIR CIULLA PORCIÚNCULA

-----  
Secretaria da Saúde  
Dr. Moacir Ciulla Porciúncula  
Secretário - Portaria nº 091/2005-GAPRE

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)