



VISITAS DOMICILIARES INOVADORAS E A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Innovative home visits and maternal and child health

Visitas domiciliarias innovadoras y la salud materno infantil

Paula Ferdinanda Conceição de Mascena Diniz Maia (OrcID)

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP - Recife (PE) - Brasil
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife (PE) - Brasil

Tereza Rebecca de Melo e Lima (OrcID)

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP - Recife (PE) - Brasil

Francesca Vezzini (OrcID)

Università di Trieste - UNITS - Trieste - Itália

Giorgio Tamburlini (OrcID)

Centro Per la Salute del Bambino - CSB - Trieste - Itália
Università di Trieste - UNITS - Trieste - Itália

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito de um programa de Visitas Domiciliares Inovadoras (VDI), que é baseado em um guia de orientação, nos conhecimentos e práticas de saúde das mães em relação aos cuidados da criança e durante os períodos pré/pós-natal, e indicadores de saúde materno-infantil (ISMI). **Métodos:** Estudo transversal e analítico que comparou 195 gestantes e mães que receberam VDI (grupo 1) com o grupo 2, de visitas domiciliares convencionais (VDC), realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) de Recife, Pernambuco, entre 2015 a 2016. Dividiram-se 16 equipes de saúde da família em dois grupos: oito equipes receberam treinamento para VDI e oito não receberam. Houve dez VDI com a utilização do guia, durante a gestação e durante os nove meses da criança. As VDC ocorreram uma vez/mês, durante o mesmo período das VDI, mas sem o guia. Após nove meses, as participantes foram entrevistadas através de questionário com conteúdos relacionados à saúde materno-infantil.

Resultados: 93 gestantes (49 do grupo 1 e 44 do 2) e 102 mães de crianças (57 do grupo 1 e 45 do 2) responderam aos questionários. Os resultados mostraram melhores indicadores de pré-natal ($p=0,005$), melhor conhecimento sobre métodos contraceptivos ($p<0,001$) e melhores indicadores de amamentação exclusiva e de alimentação complementar adequada ($p<0,001$) no grupo 1. **Conclusão:** A VDI pode contribuir para melhorar os indicadores de saúde materno-infantil e os conhecimentos e as práticas de saúde das mães relacionados aos cuidados com as crianças e à gestação.

Descritores: Visita Domiciliar; Guia; Saúde Materno-Infantil; Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To assess the effect of an Innovative Home Visits (IHV) program, which is based on an action-oriented guide, on mothers' knowledge and practices related to child health care, prenatal and postpartum care, and maternal and child health indicators (MCHI). **Methods:** Analytical cross-sectional study that compared 195 pregnant women and mothers who received IHV (group 1) with group 2, which received conventional home visits (CHV). The study was carried out in Family Health Care (FHC) centers in Recife, Pernambuco, between 2015 and 2016. 16 family health teams were divided into 2 groups: eight teams received training to perform IHV and eight did not receive training. There were ten IHV using the guide during pregnancy and the first nine months of the child's life. CHV occurred once a month in the same period IHV were carried out, but they did not use the guide. After nine months, the participants were interviewed using a questionnaire with contents related to maternal and child health. **Results:** 93 pregnant women (49 of group 1 and 44 of group 2) and 102 mothers (57 of group 1 and 45 of group 2) answered the questionnaire. The results showed better prenatal care indicators ($p=0.005$), better knowledge about contraceptive methods ($p<0.001$) and better indicators of exclusive breastfeeding and adequate complementary feeding ($p<0.001$) in group 1. **Conclusion:** The IHV program can contribute to improving MCHI and mothers' knowledge and practices related to child health care and pregnancy.

Descriptors: House Calls; Guideline; Maternal and Child Health; Community Health Workers.



RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto de un programa de Visitas Domiciliarias Innovadoras (VDI) que está basado en una guía de orientación, en los conocimientos y las prácticas de salud de las madres con respecto a los cuidados del niño y durante los periodos pre/posnatal y los indicadores de salud materno infantil (ISMI). **Métodos:** Estudio transversal y analítico que ha comparado 195 embarazadas y madres que recibieron las VDI (grupo 1) con el grupo 2 de las visitas domiciliarias convencionales (VDC) realizado en las Unidades de Salud de la Familia (USF) de Recife, Pernambuco, entre 2015 y 2016. Se dividieron 16 equipos de salud de la familia en dos grupos: ocho equipos recibieron el entrenamiento para las VDI y ocho no. Hubo diez VDI con la utilización de la guía durante el embarazo y durante los nueve meses del niño. Las VDC se dieron una vez/mes durante el mismo periodo de las VDI pero sin la guía. Después de los nueve meses las participantes fueron entrevistadas a través de cuestionario con contenidos relacionados con la salud materno infantil. **Resultados:** 93 embarazadas (49 del grupo 1 y 44 del grupo 2) y 102 madres de niños (57 del grupo 1 y 45 del grupo 2) contestaron los cuestionarios. Los resultados mostraron mejores indicadores de prenatal ($p=0,005$), mejor conocimiento sobre los métodos de contracepción ($p<0,001$) y mejores indicadores para el amamantamiento exclusivo y de alimentación complementaria adecuada ($p<0,001$) en el grupo 1. **Conclusión:** La VDI puede contribuir para la mejoría de los indicadores de la salud materno infantil y los conocimientos y las prácticas de salud de las madres relacionadas con los cuidados de los niños y el embarazo.

Descriptor: Visita Domiciliaria; Guía; Salud Materno-Infantil; Agentes Comunitarios de Salud.

INTRODUÇÃO

A promoção à saúde se tornou uma prioridade na elaboração das políticas de saúde no Brasil em 1980. O Estado brasileiro assumiu como objetivo a redução das desigualdades sociais e regionais com a Constituição de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) garantiu o acesso universal à saúde e a Reforma Constitucional, que criou o SUS, transferiu a responsabilidade pelos recursos e por gerenciar e avaliar os serviços de saúde oferecidos do nível federal para o municipal⁽¹⁾.

Com o objetivo de melhorar o atendimento à gestante e à criança, priorizando a atenção continuada à saúde, o governo desenvolveu, em 2011, a Rede Cegonha, que permanece até os dias atuais. Suas ações privilegiam as necessidades de saúde da mulher, incluindo o atendimento da gestante, da puérpera e do recém-nascido, atuando também no acompanhamento da criança até dois anos de idade^(2,3).

Em relação aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, lançados em 2000, que somam oito no total, o Brasil reduziu a mortalidade materna em apenas 43% até 2013, não atingindo a meta preconizada para 2015, de redução de 75%, e a mortalidade neonatal ainda continuou elevada⁽⁴⁾. Essas situações evidenciaram falhas na qualidade da assistência prestada durante a gestação, o parto e o puerpério⁽⁵⁾.

Para promover saúde, sabe-se que é importante considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, já que as condições de vida do indivíduo são determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem⁽⁶⁾.

Com esse objetivo, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), aprovada em 2006, visava ao enfrentamento dos desafios em produção da saúde e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Em 2014, a PNPS foi revisada e trouxe a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas, incluindo, por exemplo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica⁽⁷⁾.

De acordo com a PNAB, a Atenção Básica é caracterizada por ser o acesso preferencial e introdutivo ao SUS⁽⁷⁾. Nela, as ações são desenvolvidas com alto grau de descentralização, próxima da vida das pessoas, e se caracteriza pela promoção à saúde e prevenção de agravos⁽⁸⁾. Em se tratando da assistência à saúde da mulher e da criança, está inserida nos quatro componentes da Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico⁽⁹⁾.

A Estratégia de Saúde da família (ESF) foi implantada para expansão e qualificação da Atenção Básica⁽¹⁰⁾. É o ponto inicial de assistência à gestante no sistema de saúde, melhor acolhendo suas necessidades e proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez⁽¹¹⁾. A ESF tem a visita domiciliar (VD) como uma importante ferramenta no cuidado à saúde da família, pois propicia o acesso da equipe de saúde ao espaço familiar, favorecendo o conhecimento das condições de vida das pessoas, do seu meio ambiente, de seus hábitos, da cultura e de suas condições socioeconômicas^(12,13).

A prática sistemática da VD é a atividade principal do agente comunitário de saúde (ACS). Porém, para que possa ser realizada de forma a garantir uma assistência adequada à saúde da gestante e da criança, algumas dificuldades precisam ser superadas: a ausência da promoção à saúde; o direcionamento para assistência ao domicílio; e a falta de capacitação específica, teórica e metodológica, do ACS^(14,15).

Estudos demonstraram que a falta de definições específicas da função do ACS e os treinamentos inadequados são reconhecidos como obstáculos para realização efetiva da VD às gestantes e crianças^(14,16). Podem-se também considerar aspectos limitantes na execução da VD: a insatisfação com a baixa remuneração; dificuldades no acolhimento e vínculo com algumas famílias; e excesso de tarefas burocráticas, que resultam em um menor tempo disponível para VD⁽¹⁷⁾.

Diante do exposto, a fim de contribuir com o fortalecimento das políticas e dos programas para promoção à saúde, oferecendo melhor assistência à saúde materno-infantil, e com a superação de algumas barreiras que dificultam a implantação plena das ações e estratégias de saúde, este trabalho pretende avaliar os efeitos de um programa de Visitas Domiciliares Inovadoras (VDI) na saúde materno-infantil. As VDI se baseiam em um guia com a proposta de mudança na estruturação da VD para gestantes, mães e crianças, o qual trata dos conhecimentos e práticas de saúde das mães em relação aos cuidados da criança e durante os períodos pré e pós-natal, e alguns indicadores de saúde materno-infantil.

Assim, o objetivo do presente estudo é avaliar o efeito de um programa de Visitas Domiciliares Inovadoras (VDI), que é baseado em um guia de orientação, nos conhecimentos e práticas de saúde das mães em relação aos cuidados da criança e durante os períodos pré e pós-natal, e indicadores de saúde materno-infantil (ISMI).

MÉTODOS

Estudo transversal e analítico, realizado em 11 Unidades de Saúde da Família (USF) de três Distritos Sanitários de Recife, Pernambuco, Brasil, com 16 equipes de saúde da família, de outubro de 2015 a outubro de 2016. As USF selecionadas para o estudo foram geridas pela Prefeitura da cidade do Recife, em cogestão com o Programa de Extensão Comunitária do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (PEC-IMIP), que abrange 12 unidades básicas de saúde e alcançam 10 comunidades de baixa renda da cidade do Recife. As 12 unidades são compostas por 18 equipes de saúde da família. Cabe destacar que uma USF (com duas equipes) se negou a participar do estudo.

A pesquisa incluiu gestantes até o terceiro mês de gestação e mães de recém-nascidos, acompanhadas nas USF e com endereço fixo na comunidade. Foram excluídas gestantes que não compareceram à primeira consulta de pré-natal agendada no primeiro trimestre da gestação e as mães de recém-nascidos que não receberam a visita domiciliar na primeira semana de vida da criança ou que não compareceram à consulta de puericultura.

O cálculo amostral foi baseado no número de gestantes iniciando o pré-natal e de mães de recém-nascidos começando a consulta de puericultura por mês em cada USF durante o ano de 2015. Tendo em vista que cada equipe de saúde da família acompanhou uma média de 4 novas gestantes e 3 mães de recém-nascidos por mês, durante o período citado, a população estudada seria composta por aproximadamente 224 gestantes e mães de recém-nascidos nas 16 equipes de saúde da família em 2 meses. Considerando o nível de confiabilidade de 95% ($z = 1,96$), a margem de erro (e) de 5% e a proporção de diferença desejada de 50%, o tamanho da amostra calculada foi de 142 participantes no total⁽¹⁸⁾.

Após a liberação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (CEP-IMIP), com anuência da direção do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Recife (SMS), os pesquisadores visitaram todas as USF separadamente, em datas diferentes, para explicar o projeto aos integrantes das equipes.

Na fase inicial, verificou-se que as USF participantes apresentaram características semelhantes relacionadas à área de abrangência, ao número de ACS nas equipes de saúde da família, ao número de famílias acompanhadas pela unidade, ao funcionamento dos laboratórios para realização de exames e à disponibilidade de vacinas, medicamentos e métodos contraceptivos.

Posteriormente, houve randomização pareada das 16 equipes e divisão em 2 grupos para realização das VD: um grupo com oito equipes, que receberam o treinamento para realização das VDI; e o outro, também com oito equipes, que não receberam o treinamento e continuaram a realizar as VDC. O treinamento incluiu orientações para utilização do guia e execução das VDI, e foi específico para o agente comunitário de saúde. Ocorreram 10 visitas inovadoras no total, sendo cinco durante os 9 meses da gestação e cinco ao longo dos 9 meses da criança, desde o nascimento. As visitas convencionais transcorreram uma vez por mês, totalizando 18 visitas, sendo nove durante os 9 meses de gestação e nove ao longo dos 9 meses da criança. Mantiveram o modelo habitual já praticado pelos

ACS, caracterizado pela ausência de treinamento prévio, ou continuado, e de material prático e estruturado capaz de orientar suas principais atribuições durante as visitas.

Para estimular o uso do guia, os pesquisadores contaram com o apoio das enfermeiras das equipes de ACS treinados, isto é, que receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e a utilidade do guia em reuniões e em um treinamento com carga horária de 16 horas.

O Programa de VDI consistiu no acompanhamento de gestantes, mães e crianças; de forma estruturada e sistemática; através de visitas domiciliares orientadas por ações específicas para cada período da gestação e até os 9 meses da criança. Um guia de orientações, a ser utilizado pelo ACS e construído com base nas recomendações nacionais e internacionais de saúde materno-infantil, direcionou as visitas⁽¹⁹⁻²¹⁾. O guia ofereceu um roteiro para um total de 10 visitas domiciliares, compreendidas entre os períodos pré-natal, pós-parto, neonatal e lactente. Seu conteúdo abordou: a avaliação do estado de saúde materna, da criança e do ambiente familiar; a identificação dos problemas socioeconômicos e psicossociais, e fatores de risco à saúde; o estímulo e a orientação em relação ao aleitamento materno e à alimentação complementar; a imunização; a prevenção de acidentes; e as práticas favoráveis ao desenvolvimento e crescimento infantil.

As visitas de pré-natal incluíram: 1ª visita (1º trimestre da gestação), 2ª e 3ª visitas (2º trimestre da gestação), 4ª e 5ª visitas (3º trimestre da gestação). As visitas do pós-parto, dirigidas às mães e às crianças, estavam divididas em: 1ª visita (1ª semana após a alta da maternidade), 2ª visita (1º mês de vida da criança), 3ª visita (2º-3º mês de vida), 4ª visita (5º-6º mês de vida) e 5ª visita (8º-9º mês de vida).

Ao final de cada visita, o ACS deveria classificar a gestante, mãe ou a criança de acordo com o risco à saúde em: emergência (vermelho), para encaminhar à unidade de saúde ou atendimento hospitalar; atenção (amarelo), consulta marcada com prioridade na unidade de saúde; e prevenção (verde), manter visitas domiciliares de forma regular.

Após nove meses, as puérperas/mães (anteriormente gestantes) e as mães das crianças de 9 meses (anteriormente mães de recém-nascidos) que receberam, cada grupo, 5 VDI e 9 VDC, participaram de uma entrevista.

Os pesquisadores desenvolveram um questionário específico, contendo 96 questões, para avaliar conhecimentos e práticas (de forma indireta) das mães do grupo 1 e do grupo 2. Com a aplicação desse instrumento, na forma de entrevista, pôde-se comparar a aquisição de conhecimento e a melhora nas práticas de saúde das mães do grupo 1 com as mães do grupo 2. Além disso, também possibilitou avaliar a eficácia do uso do guia na melhora de indicadores de saúde selecionados. Houve uma validação prévia ao questionário.

Para as gestantes, o questionário apresentava perguntas sobre: indicadores de cobertura e qualidade do atendimento do pré-natal; planejamento familiar; práticas de hábitos protetores e de risco para patologias na gestação e desenvolvimento fetal; conhecimento das gestantes em relação a boas práticas durante o parto; práticas das gestantes para desenvolvimento adequado do feto; práticas e conhecimentos das gestantes em relação aos métodos contraceptivos. Para as mães das crianças, as perguntas abordaram dados sobre: indicadores de saúde infantil (imunização, tempo de amamentação e de amamentação exclusiva e alimentação complementar) e sobre práticas adequadas (conversas, brincadeiras e leitura), ou não, ao desenvolvimento infantil (tempo excessivo em frente a TV e utilização de castigos inadequados).

Os dados provenientes dos questionários foram digitalizados, tabulados em um banco específico e analisados estatisticamente através do software STATA/SE, versão 12.0. Para análise da viabilidade e efeitos do programa de VDI, comparou-se as respostas das participantes do grupo 1 com as respostas das participantes do grupo 2, sendo os resultados expostos em tabelas na forma de frequências absolutas e relativas. As medidas de tendência central e de dispersão representaram as variáveis numéricas. Houve associação do teste qui-quadrado e teste exato de Fisher para as variáveis categóricas. Todos os testes tiveram aplicabilidade com 95% de confiança.

Esta pesquisa obedeceu aos requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde referente a pesquisas em seres humanos, obtendo a aprovação do CEP-IMIP sob Parecer nº 970.358. A Secretaria Municipal de Saúde de Recife (SMS - Recife) concedeu a liberação para a realização dos procedimentos mediante termo de anuência assinado pelo gestor.

RESULTADOS

O estudo incluiu 214 participantes, sendo 100 gestantes e 114 mães das crianças. Das gestantes elegíveis, 93 responderam ao questionário referente às gestantes, sendo 49 do grupo 1 e 44 do grupo 2. Das mães das crianças, 102 responderam ao questionário, sendo 57 do grupo 1 e 45 do grupo 2 (mas uma participante do grupo 2 não respondeu aos dados epidemiológicos, respondendo aos demais dados).

A média de idade das gestantes foi de 25,12 anos. A maioria tinha 1º grau completo (51,61%, n=48) e renda mensal de um salário mínimo (39,78%, n=37). Com relação ao estado civil, 48,39%(n=45) declararam união estável. Sobre planejamento e aceitação da gestação, 36,56% (n=34) referiram gestação planejada e 82,8% (n=77) disseram ter aceitado bem a gravidez, respectivamente (Tabela I).

Tabela I - Características sociodemográficas das gestantes participantes do estudo. Recife, Pernambuco, 2016.

Características	Total	Grupos		p-value
		1 (VDI)	2 (VDC)	
Número de entrevistados n (%)	93 (100)	49 (52,69) ^a	44(47,31) ^a	
Idade média (anos)	25,12	25,61	24,57	0,429 ^d
Escolaridade n (%)				
- Analfabeto	2 (2,15) ^a	2 (4,08) ^b	0 (0,00) ^c	
- 1º grau completo	48 (51,61)	24 (48,98)	24 (54,55)	
- 2º grau completo	37 (39,78)	23 (46,94)	14 (31,82)	
- Grau superior	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,025^e
- Pós-graduação	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
- 1º grau incompleto	4 (4,30)	0 (0,00)	4 (9,09)	
- 2º grau incompleto	2 (2,15)	0 (0,00)	2 (4,55)	
Renda mensal n (%)				
- Menos de um salário mínimo	35 (37,63)	18 (36,73)	17 (38,64)	
- Um salário mínimo	37 (39,78)	20 (40,82)	17 (38,64)	0,975 ^f
- Mais de um salário mínimo	21 (22,58)	11 (22,45)	10 (22,73)	
Estado civil n (%)				
- Casado	20 (21,51)	11 (22,45)	9 (20,45)	
- União estável	45 (48,39)	25 (51,02)	20 (45,45)	
- Solteira	28 (30,11)	13 (26,53)	15 (34,09)	0,729 ^f
- Divorciada	0 (0,00)	0 (0,00)	(0,00)	
Gravidez planejada n (%)	34 (36,56)	15 (30,61)	19 (43,18)	0,209 ^f
Aceitação da gravidez n (%)	77 (82,80)	39 (79,59)	38 (86,36)	0,388 ^f

^a: cálculo percentual em relação ao número total de entrevistado; ^b: cálculo percentual em relação ao total de entrevistados do grupo 1; ^c: cálculo percentual em relação ao total de entrevistados do grupo 2; ^d: t-Teste para igualdade de médias; ^e: Teste Exato de Fisher; ^f: Teste Qui-Quadrado

As mães das crianças tiveram uma média de idade de 26,69 anos. A maioria apresentou 1º grau completo (56,44%, n=57) e 60,40% (n=61) das mães declararam renda mensal de um salário mínimo. Sobre o estado civil, 49,50% (n=50) das mães responderam ter união estável (Tabela II).

Tabela II - Características sociodemográficas das mães das crianças participantes do estudo. Recife, Pernambuco, 2016.

Características	Total	Grupos		p-value
		1 (VDI)	2 (VDC)	
Número de entrevistados n (%)	101*(100)	57 (56,44) ^a	44 (43,56) ^a	
Idade média (anos)	26,69	27,25	25,93	0,441 ^d
Escolaridade n (%)				
- Analfabeto	0 (0,00) ^a	0 (0,00) ^b	0 (0,00) ^c	
- 1º grau completo	57 (56,44)	41 (71,93)	16 (36,36)	
- 2º grau completo	33 (32,67)	13 (22,81)	20 (45,45)	
- Grau superior	1 (0,99)	1 (1,75)	0 (0,00)	0,001^e
- Pós-graduação	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
- 1º grau incompleto	7 (6,93)	2 (3,51)	5 (11,36)	
- 2º grau incompleto	3 (2,97)	0 (0,00)	3 (6,82)	

Renda mensal n (%)				
- Menos de um salário mínimo	23 (22,77)	14 (24,56)	9 (20,45)	0,869 ^e
- Um salário mínimo	61 (60,40)	34 (59,65)	27 (61,36)	
- Mais de um salário mínimo	17 (16,83)	9 (15,79)	8 (18,18)	
Estado civil n (%)				
- Casada	21 (20,79)	11 (19,30)	10 (22,73)	0,917 ^e
- União estável	50 (49,50)	28 (49,12)	22 (50,00)	
- Solteira	28 (27,72)	17 (29,82)	11 (25,00)	
- Divorciada	2 (1,98)	1 (1,75)	1 (2,27)	

^a: cálculo percentual em relação ao número total de entrevistado; ^b: cálculo percentual em relação ao total de entrevistados do grupo 1; ^c: cálculo percentual em relação ao total de entrevistados do grupo 2; ^d: t-Teste para igualdade de médias; ^e: Teste exato de Fisher

* Foram entrevistadas 102 mães, porém 1 mãe não respondeu aos dados sociodemográficos

Houve diferença significativa entre as gestantes dos grupos 1 e 2 com relação ao grau de escolaridade ($p=0,025$), porém a maioria do grupo 1 (48,98%, $n=24$) e do grupo 2 (54,55%, $n=24$) declarou ter o 1º grau completo. As mães das crianças também apresentaram uma diferença significativa entre os grupos 1 e 2 quanto ao grau de escolaridade ($p=0,001$), pois a maioria das mães do grupo 1 (71,93%, $n=41$) possuíam o 1º grau completo e maioria das mães do grupo 2 (45,45%, $n=20$) possuíam o 2º grau completo.

Foi analisada estatisticamente a influência da escolaridade para cada grupo isoladamente (grupos 1 e 2 de gestantes e mães) nas respostas obtidas pelas participantes do estudo. Para as gestantes, a escolaridade pode ter influenciado nos resultados da rotina de pré-natal. Para os demais indicadores analisados, a escolaridade não demonstrou influência. Além disso, as mães que receberam as VDI apresentaram menor escolaridade do que as mães que receberam as VDC (Tabela III).

Tabela III - Influência da escolaridade nos resultados dos indicadores de saúde materno-infantil. Recife, Pernambuco, 2016.

Indicadores	Escolaridade			p-value
	Total n (%)	Baixa* n (%)	Alta* n (%)	
Gestantes - grupo 1 (VDI)				
Rotina de pré-natal adequada	42 (85,7) ^a	19 (45,2) ^b	23 (54,8) ^b	0,011 ^d
Hábitos na gestação adequados	44 (89,8) ^a	21 (47,7) ^b	23 (52,3) ^b	0,052 ^e
Conhecimento adequado das gestantes em relação às boas práticas durante o parto	24 (49,0) ^a	11 (45,8) ^b	13 (54,2) ^b	0,321 ^e
Práticas adequadas de estímulo ao desenvolvimento fetal durante o pré-natal	40 (81,6) ^a	20 (50,0) ^b	20 (50,0) ^b	0,472 ^e
Práticas e conhecimentos adequados das mães sobre os métodos contraceptivos	27 (67,5) ^a	12 (44,4) ^b	15 (55,6) ^b	0,311 ^e
Gestantes - grupo 2 (VDC)				
Rotina de pré-natal adequada	26 (59,1) ^a	20 (76,9) ^b	6 (23,1) ^b	0,028 ^e
Hábitos adequados na gestação	41 (95,3) ^a	27 (65,9) ^b	14 (34,1) ^b	1,000 ^d
Conhecimento adequado das gestantes em relação às boas práticas durante o parto	16 (38,1) ^a	10 (62,5) ^b	6 (37,5) ^b	0,850 ^e
Práticas adequadas de estímulo ao desenvolvimento fetal durante o pré-natal	36 (83,7) ^a	24 (66,7) ^b	12 (33,3) ^b	0,680 ^e
Práticas e conhecimentos adequados das mães sobre os métodos contraceptivos	10 (22,7) ^a	6 (21,4) ^b	4 (25,0) ^b	1,000 ^e
Mães das crianças - grupo 1 (VDI)				
Melhores indicadores de saúde infantil	40 (70,2) ^a	31 (77,5) ^b	9 (22,5) ^b	0,738 ^d
Práticas adequadas de estímulo ao desenvolvimento infantil	31 (55,4) ^a	20 (64,5) ^b	11 (35,5) ^b	0,044 ^e
Práticas de risco ao desenvolvimento infantil	35 (62,5) ^a	25 (71,4) ^b	10 (28,6) ^b	0,426 ^e
Mães das crianças - grupo 2 (VDC)				
Melhores indicadores de saúde infantil	13 (29,5) ^a	6 (46,2) ^b	7 (53,8) ^b	0,892 ^e
Práticas adequadas de estímulo ao desenvolvimento infantil	21 (50,0) ^a	8 (38,1) ^b	13 (61,9) ^b	0,352 ^e
Práticas de risco ao desenvolvimento infantil	31 (75,6) ^a	12 (38,7) ^b	19 (61,3) ^b	0,144 ^e

^a: cálculo percentual em relação ao número total de entrevistado; ^b: cálculo percentual em relação ao total de entrevistados do indicador correspondente avaliado descrito na tabela; ^d: Teste exato de Fisher; ^e: Teste Qui-Quadrado

A rotina de pré-natal foi adequada para 85,71% (n=42) das gestantes do grupo 1 e para 59,09% (n=26) do grupo 2 ($p = 0,005$). Das gestantes do grupo 1, 79,17% (n=38) tiveram seis ou mais consultas de pré-natal; 100% (n=16) apresentaram seguimento adequado das intercorrências; 87,76% (n=43) realizaram todos os exames solicitados e receberam os resultados; 72,34% (n=34) alcançaram ganho ponderal adequado durante a gestação e 81,63% (n=40) estavam com a imunização atualizada (Tabela IV). No grupo 2, 36,84% (n=14) tiveram seis ou mais consultas de pré-natal; 76,92% (n=10) apresentaram seguimento adequado das intercorrências; 79,55% (n=35) realizaram todos os exames solicitados e receberam os resultados; 69,44% (n=25) alcançaram ganho ponderal permitido durante a gravidez e 69,77% (n=30) estavam com a imunização em dia (Tabela IV).

Em relação aos hábitos das gestantes, 63,27% (n=31) do grupo 1 e 79,07% (n=34) do grupo 2 responderam ter hábitos saudáveis ($p = 0,100$). No grupo 1, 48,98% (n=24) das gestantes possuíam um conhecimento adequado sobre as boas práticas no parto e 38,10% (n=16) no grupo 2 ($p = 0,298$). Sobre as práticas de estímulo ao desenvolvimento fetal, 81,60% (n=40) do grupo 1 responderam realizar atividades que estimulavam o desenvolvimento fetal e 83,70% (n=36) do grupo 2 ($p = 0,792$). Não houve diferença significativa entre os grupos 1 e o 2 para os itens relacionados aos hábitos saudáveis, ao conhecimento sobre as boas práticas no parto e sobre as práticas de estímulo ao desenvolvimento fetal (Tabela IV).

Os conhecimentos e as práticas sobre os métodos contraceptivos se mostraram suficientes em 67,50% (n=27) das gestantes do grupo 1 e em 22,73% do grupo 2 (n=10) ($p < 0,001$), com destaque para o conhecimento do DIU como método contraceptivo, pois 40% (n=16) do grupo 1 conheciam e 0% do grupo 2 conhecia ($p < 0,001$) (Tabela IV).

Tabela IV - Indicadores de rotina de pré-natal, conhecimentos, hábitos e práticas das gestantes que receberam visita domiciliar inovadora ou convencional. Recife, Pernambuco, 2016.

Indicadores	Grupos			p-value ^d
	Total	1 (VDI)	2 (VDC)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Número total de respostas	93 (100)	49 (52,69) ^a	44 (47,31) ^a	
Rotina de pré-natal adequada	68 (73,12) ^a	42 (85,71) ^b	26 (59,09) ^c	0,005
- Número total de entrevistados	86 (100)	48 (55,81)	38 (44,19)	
- Número de consultas de pré-natal (>= 6 consultas)	52 (60,47)	38 (79,17)	14 (36,84)	<0,001
- Número total de entrevistados	29 (100)*	16 (55,17)	13 (44,83)	
- Seguimento adequado das intercorrências durante a gestação	26 (89,65)	16 (100)	10 (76,92)	0,078
- Número total de entrevistados	93 (100)	49 (52,69)	44 (47,31)	
- Realização dos exames laboratoriais solicitados	78 (83,87)	43 (87,76)	35 (79,55)	0,282
- Número total de entrevistados	83 (100)	47 (56,63)	36 (43,37)	
- Ganho ponderal adequado	59 (71,08)	34 (72,34)	25 (69,44)	0,811
- Número de entrevistados	92 (100)	49 (53,26)	43 (46,74)	
- Imunização adequada durante a gestação	70 (76,09)	40 (81,63)	30 (69,77)	0,183
Número total de respostas	92 (100)	49 (53,26) ^a	43 (46,74) ^a	
Hábitos na gestação adequados	65 (70,65) ^a	31 (63,27) ^b	34 (79,07) ^c	0,100
- Número total de entrevistados	92 (100)	49 (53,26)	43 (46,74)	
- Prática de exercícios físicos durante a gestação	21 (22,83)	9 (18,37)	12 (27,91)	0,277
- Número total de entrevistados	21 (100)**	9 (42,86)	12 (57,14)	
- Tipos adequados de exercícios físicos praticados	17 (80,95)	9 (100)	8 (66,67)	0,104
- Número total de entrevistados	91 (100)	49 (53,85)	42 (46,15)	
- Prática de 8 horas diárias de sono	63 (69,23)	31 (63,27)	32 (76,19)	0,183
- Número de entrevistados	92 (100)	49 (53,26)	43 (46,74)	
- Prática do tabagismo	8 (8,70)	5 (10,20)	3 (6,98)	0,719
- Número de entrevistados	92 (100)	49 (53,26)	43 (46,74)	
- Prática do etilismo	10 (10,87)	5 (10,20)	5 (11,63)	1,000
- Número de entrevistados	92 (100)	49 (53,26)	43 (46,74)	
- Uso de drogas ilícitas	2 (2,17)	2 (4,08)	0 (0,00)	0,497
- Número de entrevistados	85 (100)	46 (54,12)	39 (45,88)	
- Leu e compreendeu a caderneta da gestante	38 (44,71)	22 (47,83)	16 (41,03)	0,530
- Número de entrevistados	89 (100)	48 (53,93)	41 (46,07)	
- Adesão adequada às medicações prescritas	83 (93,26)	44 (91,67)	39 (95,12)	0,683

Número total de respostas	91 (100)	49 (53,85) ^a	42 (46,15) ^a	0,298
Conhecimento adequado das gestantes em relação às boas práticas durante o parto	40 (43,96) ^a	24 (48,98) ^b	16 (38,10) ^c	
- Número total de entrevistados	91 (100)	49 (53,85)	42 (46,15)	
- Conhecia tipos de posições favoráveis para o parto normal	45 (49,45)	27 (55,10)	18 (42,86)	0,244
- Número total de entrevistados	90 (100)	49 (54,44)	41 (45,56)	
- Conhecia vantagens do parto normal	65 (72,22)	38 (77,55)	27 (65,85)	0,217
Número total de respostas	92 (100)	49(53,30%)	43 (46,70%)	0,729
Práticas adequadas de estímulo ao desenvolvimento fetal durante o pré-natal	76(82,60%)	40 (81,60%)	36 (83,70%)	
- Número total de entrevistados	92 (100)	49 (53,26)	43 (46,74)	
- Conversou com o filho durante a gestação	76 (82,61)	40 (81,63)	36 (83,72)	0,792
- Número total de entrevistados	91 (100)	49 (53,85)	42 (46,15)	
- Leu para o filho durante a gestação	12 (13,19)	7 (14,29)	5 (11,90)	0,738
- Número total de entrevistados	92 (100)	49 (53,26)	43 (46,74)	
- Acariciou a barriga durante a gestação	87 (94,57)	46 (93,88)	41 (95,35)	1,000
Número total de respostas	84 (100)	40 (47,62) ^a	44 (52,38) ^a	< 0,001
Práticas e conhecimentos adequados das mães sobre os métodos contraceptivos	37 (44,05) ^a	27 (67,50) ^b	10 (22,73) ^c	
- Número total de entrevistados	84 (100)	40 (47,62)	44 (52,38)	
- Conhecia pelo menos 1 tipo de método contraceptivo	82 (97,62)	39 (97,50)	43 (97,73)	1,000
- Número total de entrevistados	84 (100)	40 (47,62)	44 (52,38)	
- Conhecia o DIU como método contraceptivo	16 (19,05)	16 (40,00)	0 (0,00)	<0,001
- Número total de entrevistados	82 (100)	40 (48,78)	42 (51,22)	
- Estava utilizando algum tipo de método contraceptivo antes de engravidar	56 (68,29)	26 (65)	30 (71,43)	0,532
- Número de entrevistados	58 (100)	28 (48,28)	30 (51,72)	
- Conhecimento correto sobre o número de dias para início do uso do método contraceptivo	8 (13,79)	5 (17,86)	3 (10)	0,464
- Número de entrevistados	73 (100)	40 (54,79)	33 (45,21)	
- Acreditava que a amamentação evitava a gravidez	8 (10,96)	4 (10,00)	4 (12,12)	1,000
- Número de entrevistados	68 (100)	38 (55,90)	30 (44,1)	
- Apoio do parceiro ao método utilizado pela companheira	63 (92,60)	33 (86,80)	30 (100)	0,062
- Número de entrevistados	48 (100)	19 (39,58)	29 (60,41)	
- Apoio do parceiro para o uso do preservativo masculino	13 (27,10)	8 (42,10)	5 (17,24)	0,058

^a: cálculo percentual em relação ao número total de entrevistado; ^b: cálculo percentual em relação ao total de entrevistados do grupo 1; ^c: cálculo percentual em relação ao total de entrevistados do grupo 2; ^d: Teste Qui-Quadrado. *Total de pacientes que apresentaram intercorrências durante a gestação. **Total de pacientes que praticaram exercícios físicos; DIU: dispositivo intra-uterino

As mães das crianças do grupo 1 mostraram melhores indicadores de saúde infantil em relação ao grupo 2 ($p < 0,001$). Os indicadores avaliados contemplaram: cobertura vacinal; tempo de amamentação exclusiva (de 4 a 6 meses); tempo de início e intervalo de oferta da alimentação complementar adequados, e tipos de alimentos oferecidos. Do grupo 1, 61,40% ($n=35$) apresentaram tempo de amamentação exclusiva de 4 a 6 meses, 64,91% ($n=37$) iniciaram a alimentação complementar na idade correta da criança, 81,82% ($n=45$) ofereceram alimentação em um intervalo de tempo recomendado e 53,57% ($n=30$) ofertaram os alimentos adequados para criança. No grupo 2, os valores encontrados foram: 22,22% ($n=10$), 23,26% ($n=10$), 55,81% ($n=24$) e 11,36% ($n=5$), respectivamente (Tabela V).

O grupo 1 teve 55,36% ($n=31$) das mães exercendo atividades que estimularam o desenvolvimento infantil e as mães do grupo 2 foram 51,16% ($n=22$) ($p = 0,687$). Não houve resultado significativo das práticas avaliadas (Tabela IV). Sobre a prática de leitura, apesar da não significância dos dados, 33,93% ($n=19$) das mães do grupo 1 responderam ler semanalmente para seus filhos comparados a 19,05% ($n=8$) das mães do grupo 2 (Tabela V).

Em relação às práticas de risco ao desenvolvimento infantil, 37,50% ($n=31$) das mães do grupo 1 praticaram atividades de risco e 23,81% ($n=22$) das mães do grupo 2 ($p = 0,152$). Não existiu diferença significativa entre o número de horas das crianças em frente a televisão (3 horas por dia ou mais) e a utilização de castigos inadequados (violência física e agressão verbal) (Tabela V).

Tabela V - Indicadores de saúde infantil e práticas de estímulo ao desenvolvimento infantil das mães que receberam visita domiciliar inovadora ou convencional. Recife, Pernambuco, 2016.

Indicadores	Grupos			p-value ^d
	Total	1 (VDI)	2 (VDC)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Número total de respostas	102 (100)	57 (55,88) ^a	45 (44,12) ^a	
Melhores indicadores de saúde infantil	53 (51,96) ^a	40 (70,18) ^b	13 (28,89) ^c	< 0,001
- Número total de entrevistados	100 (100)	57 (57)	43 (43)	
- Cobertura vacinal adequada	91 (91)	49 (85,96)	42 (97,67)	0,074
- Número total de entrevistados	102 (100)	57 (55,88)	45 (44,12)	
- Tempo adequado de amamentação exclusiva	45 (44,12)	35 (61,40)	10 (22,22)	0,018
- Número total de entrevistados	100 (100)	57 (57)	43 (43)	
- Início da alimentação complementar aos 4 ou 6 meses	47 (47)	37 (64,91)	10 (23,26)	<0,001
- Número total de entrevistados	98 (100)	55 (56,12)	43 (43,88)	
- Intervalo adequado da alimentação complementar (de 3 em 3 horas)	69 (70,41)	45 (81,82)	24 (55,81)	0,005
- Número de entrevistados	100 (100)	56 (56) ^a	44 (44) ^a	
- Tipos adequados de alimentos oferecidos	35 (35) ^a	30 (53,57) ^b	5 (11,36) ^c	<0,001
Número total de respostas	99 (100)	56 (56,57) ^a	43 (43,43) ^a	
Práticas adequadas de estímulo ao desenvolvimento infantil	53 (53,54) ^a	31 (55,36) ^b	22 (51,16) ^c	0,687
- Número total de entrevistados	99 (100)	56 (56,57)	43 (43,43)	
- Conversa com o filho	98 (98,99)	56 (100)	42 (97,67)	0,434
- Número total de entrevistados	99 (100)	56 (56,57)	43 (43,43)	
- Brinca	98 (98,99)	56 (100)	42 (97,67)	0,434
- Número total de entrevistados	99 (100)	56 (56,57)	43 (43,43)	
- Conta história	40 (40,40)	20 (35,71)	20 (46,51)	0,278
- Número de entrevistados	98 (100)	56 (57,14)	42 (42,86)	
- Escuta música	86 (87,76)	51 (91,07)	35 (83,33)	0,247
- Número de entrevistados	98 (100)	56 (57,14)	42 (42,86)	
- Prática semanal de leitura	27 (27,55)	19 (33,93)	8 (19,05)	0,103
- Número de entrevistados	97 (100)	56 (57,73)	41 (42,27)	
- Presença de livros infantis na residência	55 (56,70)	33 (58,93)	22 (53,66)	0,605
- Número de entrevistados	95 (100)	56 (58,95)	39 (41,05)	
- Idade que os filhos começaram a ter contato com os livros (a partir dos 6 meses)	50 (52,63)	30 (53,57)	20 (51,28)	0,826
Número total de respostas	98 (100)	56 (57,14) ^a	42 (42,86) ^a	
Práticas de risco ao desenvolvimento infantil	31 (31,63) ^a	21 (37,50) ^b	10 (23,81) ^c	0,152
- Número total de entrevistados	98 (100)	56 (57,14)	42 (42,86)	
- Número de horas assistindo TV (mais do que 3 horas)	25 (25,51)	17 (30,36)	8 (19,05)	0,204
- Número total de entrevistados	98 (100)	56 (57,14)	42 (42,86)	
- Utilização de castigos inadequados	11 (11,22)	7 (12,50)	4 (9,52)	0,753

^a: cálculo percentual em relação ao número total de entrevistado; ^b: cálculo percentual em relação ao total de entrevistados do grupo 1; ^c: cálculo percentual em relação ao total de entrevistados do grupo 2; ^d: Teste Qui-Quadrado

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que um programa de VDI baseado em um guia de orientação pode contribuir para melhorar os indicadores de saúde materno-infantil. Houve uma diferença estatística significativa entre os grupos 1 e 2 nos indicadores de rotina do pré-natal, nos conhecimentos e práticas em relação aos métodos contraceptivos, e nos indicadores de saúde infantil avaliados referentes à alimentação. Entretanto, não houve diferença significativa em relação às demais variáveis estudadas.

Houve diferença significativa entre o grau de escolaridade das gestantes dos grupos 1 e 2 nos achados do atual estudo. Essa diferença pode ter interferido nos resultados dos indicadores relacionados à rotina de pré-natal, porém não mostrou ter influenciado os resultados relacionados ao melhor conhecimento da utilização dos métodos contraceptivos. Vale ressaltar que os indicadores de rotina de pré-natal não são dados relacionados aos conhecimentos das participantes. As mães das crianças também apresentaram diferença significativa entre os grupos 1 e 2 quanto ao grau de escolaridade, entretanto a análise estatística do grupo mostrou que não houve interferência

da escolaridade nos resultados de melhores indicadores de saúde infantil atingidos pelo grupo 1. Além disso, as mães do grupo 1 apresentaram menor escolaridade e melhores resultados, conforme já apontado, possibilitando que esse dado seja atribuído ao programa de VDI.

A literatura sobre ACS aponta fatores que podem ter influenciado os demais resultados obtidos com as VDI. Entre estes, destacaram-se: ausência dos moradores na residência nos dias marcados para visita, acesso difícil e exposição à violência local⁽¹⁷⁾. O excesso de atribuições se apresentou como condição limitante para a atuação dos profissionais nas atividades domiciliares, comunitárias e de educação em saúde⁽²²⁾.

Em um estudo qualitativo realizado pelos pesquisadores deste trabalho com grupos focais, incluindo ACS e outros membros das equipes de saúde, foram citadas como barreiras à execução das VDI: dificuldades para atuar conforme os conteúdos do guia, a falta de incentivo financeiro, estímulo insuficiente da equipe de saúde da família e, principalmente, a escassez de apoio das autoridades distritais para o uso sistemático do material orientador. É importante ressaltar que não houve relato de nenhuma experiência negativa como consequência das VDI na relação entre ACS e comunidade⁽²³⁾.

Considerando os resultados positivos da presente pesquisa, o trabalho mostrou que a VDI pode ter contribuído para melhorar o pré-natal das gestantes, não apenas no que se refere ao número mínimo de consultas de pré-natal, mas também em relação aos exames laboratoriais realizados e ao seguimento adequado das intercorrências durante o pré-natal.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem como uma de suas estratégias a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, incluindo ações do pré-natal e acompanhamento das crianças na atenção básica⁽²⁴⁾. Para redução da mortalidade materna e infantil, sabe-se que é importante a garantia de um acesso facilitado aos serviços de saúde de qualidade e o cumprimento de protocolos baseados nas melhores evidências científicas⁽²⁴⁾. O programa de VDI, apoiado por um guia de ações orientadas, favoreceu o cumprimento de protocolos já estabelecidos pelo Ministério da Saúde na atenção básica, oferecendo um pré-natal de maior qualidade.

A Rede Cegonha, considerado o programa mais completo já elaborado pelo Governo Federal, assegura o direito ao planejamento reprodutivo da mulher através da orientação em relação aos cuidados com o corpo e o uso de métodos contraceptivos⁽⁹⁾. Outro dado significativo do atual estudo relacionou-se ao conhecimento das gestantes a respeito da função do dispositivo intrauterino (DIU). Houve um maior número de mulheres que conheciam e demonstraram interesse no uso do DIU no grupo 1. Dessa forma, as VDI contribuíram para esclarecer a importância do uso de um método contraceptivo que é disponibilizado pelo SUS, favorecendo o planejamento reprodutivo, uma das ações da Rede Cegonha.

Em relação à saúde infantil, a introdução da alimentação complementar ainda surge como problema quando considerados o momento de início da alimentação complementar e os tipos de alimento a serem oferecidos⁽²⁵⁾.

A Estratégia Amamenta Brasil (EAB), resultante da integração entre a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável, possui como objetivos melhorar as práticas de promoção ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade, além de refinar as competências e habilidades dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para impulsionar o aleitamento materno e a alimentação complementar adequada, incluindo suas ações como atividades de rotina⁽²⁶⁾.

Com os achados do presente estudo, foi possível observar melhora significativa do grupo 1 em relação ao tempo de amamentação exclusiva, ao tempo de início da alimentação complementar e aos tipos e à consistência dos alimentos oferecidos às crianças pelas mães, demonstrando um efeito benéfico das VDI sob um fator de grande importância para saúde infantil. Em acordo com os objetivos da EAB, as VDI foram capazes de promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável através do uso de guia de orientações, que valorizou os aspectos culturais, sociais e econômicos das mulheres participantes do estudo.

Todos os dados positivos da presente pesquisa também corroboraram os achados da literatura, que indicam o uso de materiais educativos, manuais de orientações e intervenções educacionais nos serviços de saúde como fontes tecnicamente confiáveis para garantir condições de saúde materno-infantil adequadas, melhorar o uso dos métodos contraceptivos, melhorar a prática da amamentação exclusiva e também a qualidade da alimentação complementar das crianças⁽²⁷⁻³⁶⁾.

O presente estudo apresentou uma inovação com a implantação de um programa de VDI baseado em um guia de orientações. No Brasil, o principal material referente às funções do ACS na saúde materno-infantil é o Guia Prático para o Agente Comunitário de Saúde. Contudo, não é acompanhado de um treinamento para seu uso e não

é estruturado conforme os temas importantes a serem abordados em cada visita domiciliar⁽³⁷⁾. O guia ofereceu uma sequência a ser seguida, de aspectos para observar, orientar, estimular, identificar e perguntar, que direcionou e tornou objetiva a visita do ACS. Além disso, o treinamento realizado os capacitou para utilização do material. Tendo em vista que uma das principais dificuldades apontadas pelo profissional ACS foi a carga excessiva de atividades, o programa de VDI ocorreu com uma redução no número de VD realizadas pelo ACS⁽¹⁷⁾.

Os pesquisadores reconhecem que o estudo apresentou um número de participantes limitado e a avaliação das práticas foi realizada de forma indireta com a aplicação do questionário. Contudo, as ações para melhorar a efetividade do uso do guia devem ser consideradas para obtenção de melhores resultados na saúde materno-infantil, tais como: a estruturação do seu conteúdo de forma a torná-lo um “*handbook*”; a incorporação dos dados observados com sua aplicabilidade ao prontuário dos pacientes; o apoio e a garantia da supervisão da utilização do guia por toda equipe de saúde; e, principalmente, o apoio das autoridades de saúde municipal, estadual e federal para implantação do programa de VDI.

CONCLUSÃO

O programa de Visitas Domiciliares Inovadoras, baseado em um guia de orientações, colaborou para melhorar os conhecimentos das mães sobre os cuidados com a saúde da criança durante os períodos pré e pós-natal, favorecendo também a melhora de indicadores de saúde materno-infantil.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo fez parte de um projeto financiado pelo CNPq - Programa Ciências Sem Fronteiras - Modalidade Professor Visitante Especial, pelo qual os autores são gratos.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não houve conflitos de interesse.

CONTRIBUIÇÕES

Paula Ferdinanda contribuiu no planejamento, na coleta de dados, na revisão da literatura, na produção do Guia, na elaboração do artigo e com o envio para publicação. **Tereza Rebecca** e **Francesca Vezzini** contribuíram no planejamento do artigo, na coleta de dados, na elaboração do Guia e na revisão do artigo. **Giorgio Tamburlini** contribuiu no planejamento, na produção do Guia, na elaboração e na revisão do artigo.

Manuscrito baseado na tese de Doutorado em Saúde Materno-Infantil do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP, da autora Paula Ferdinanda Conceição de Mascena Diniz Maia, intitulada: “Análise dos efeitos de um programa de visita domiciliar sobre os indicadores de saúde materno-infantil de comunidades do Recife: um estudo de intervenção”. A defesa ocorreu em 17 de abril de 2018. Número de páginas: 162.

REFERÊNCIAS

1. Dias MSA, Oliveira IP, Silva LMS, Vasconcelos MIO, Machado MFAS, Forte FDS, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciência Saúde Colet.* 2018;23(1):103-44.
2. Cassiano ACM, Carlucci EMS, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Rev Serviço Público Brasília.* 2014;65(2):227-44.
3. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. ODM Brasil (BR). Objetivos do Desenvolvimento do Milênio Brasil [acesso em 2018 Mar]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>
5. Viellas EFV, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme MM Filha, Costa JV. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Supl 1:S85-S100.

6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Brasil. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Brasília, 22 set. 2017; Seção 1.
8. Ministério da Saúde (BR). Programação Anual de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
9. Ministério da Saúde (BR). Rede Cegonha. [acesso em 2018 Mar 21]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php
10. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Caderno de Atenção Básica, nº 32)
12. Carli RD, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto & Contexto Enferm.* 2014;23(3):626-32.
13. Ministério da Saúde (BR). Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
14. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletrônica Enferm.* 2014;16(1):161-9.
15. Andrade VMP, Cardoso CL. Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico USF.* 2017;22(1):87-98.
16. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência Saúde Colet.* 2016;21(5):1637-46.
17. Nascimento VF, Terças ACP, Hattori TY, Graça BC, Cabral JF, Gleriano JS. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. *Saúde (Santa Maria).* 2017;43(1):60-9.
18. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora on-line [acesso em 2018 Mar 1]. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>
19. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
20. World Health Organization. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: WHO; 2012.
21. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
22. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saúde Pública.* 2018;52:1-13.
23. Francesca Vezzini. Policy options for improving the performance of community health workers (CHWs) in maternal and child health in Brazil: analysis of barriers and facilitators to CHW national program and evaluation of a community-based trial in Recife [tese]. Italy. Università Degli Studi Di Trieste; 2017.
24. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti G, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2010;15(1):91-104.
25. Maranhão HS, Aguiar RC, Lira DTJ, Sales MUF, Nóbrega NAN. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(1):45-51.
26. Ministério da Saúde (BR). Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

27. Aiga H, Nguyen VD, Nguyen CD, Nguyen TTT, Nguyen LTP. Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam. *BMC Public Health*. 2016;16:129.
28. Osaki K, Hattori T, Kosen S. The role of home-based records in the establishment of a continuum of care for mothers, newborns, and children in Indonesia. *Glob Health Action*. 2013;6:1–12.
29. Osaki K, Hattori T, Kosen S. Factors affecting the utilisation of maternal, newborn, and child health services in Indonesia: the role of the Maternal and Child Health Handbook. *Public Health*. 2015;129(5):582–6.
30. Kitabayashi H, Chiang C, Al-Shoaibi AAA, Hirakawa Y, Aoyama A. Association between Maternal and Child Health Handbook and Quality of Antenatal Care Services in Palestine. *Matern Child Health J*. 2017;21(12):2161-8.
31. Hamdard N, Haneef MA. Knowledge, attitude, and practices: assessing community based health care interventions in urban setting. *Int J Community Med Public Health*. 2017;4(1):150-5.
32. Barry D, Frew AH, Mohammed H, Desta BF, Tadesse L, Aklilu Y, et al. The effect of community maternal and newborn health family meetings on type of birth attendant and completeness of maternal and newborn care received during birth and the early postnatal period in rural Ethiopia. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59 Suppl 1:S44-54.
33. Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Frias PG, Eickmann SH, Ashworth A. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutr*. 2013;17(4):948–55.
34. Vítolo MR, Louzada ML, Raube F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1695-707.
35. Balogun OO, Dagyadori A, Yourkavich J, Lopes KS, Suto M, Takemoto Y, et al. Health facility staff training for improving Breastfeeding outcome: A Systematic Review for step 2 of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Breastfeed Med*. 2017;12(9):537-46.
36. Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM. Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. *Cochrane Databases Syst Rev*. 2018;18:5.
37. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):358-65.

Endereço para correspondência:

Paula Ferdinanda Conceição de Mascena Diniz Maia
Pós-Graduação do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
Rua dos Coelhoos, 300
Bairro: Boa Vista
CEP: 50070-550 - Recife - PE - Brasil
E-mail: paula.diniz.maia@gmail.com