



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Tatiane Baratieri

**Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à
saúde na região sul do Brasil**

Florianópolis
2020

Tatiane Baratieri

**Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à
saúde na região sul do Brasil**

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para
a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.
Orientadora: Profa. Dra. Sonia Natal

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Baratieri, Tatiane

Avaliação da implantação da assistência pós-parto às
mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil
/ Tatiane Baratieri ; orientadora, Sonia Natal, 2020.
198 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. período
pós-parto. 4. saúde das mulheres. 5. avaliação em saúde. I.
Natal, Sonia. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Tatiane Baratieri

Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Maria Cristina Marino Calvo, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Daniela Alba Nickel, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Isabella Chagas Samico, Dra.
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof^ª Sonia Natal, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2020.

Dedico este trabalho ao meu querido paizinho Valdir (*in memoriam*) e minha amada mãe Lourdes, que me ensinaram que o conhecimento é nosso maior bem.

AGRADECIMENTOS

Finda mais uma etapa da minha formação profissional e isso requer agradecer aos que estiveram presentes em algum momento no decorrer desses quatro anos de doutorado tornando o caminho mais leve, seja na academia ou fora dela, nos espaços de estudo ou de lazer.

Ao meu marido Clérito, companheiro, amigo e amante incondicional, meu porto seguro, que nunca mediu esforços para me apoiar e incentivar, sempre ao meu lado, em todos os momentos. Obrigada por todo amor, carinho, cuidado, escuta e diálogo.

À minha orientadora Sonia Natal, profissional e pessoa maravilhosa, meu exemplo de vida, por todo amor e carinho durante esses quatro anos em todos os momentos de alegrias e dificuldades.

À minha família, pelo apoio e compreensão, em especial aos meus pais, Valdir (*in memorian*) e Lourdes, que não tiveram a oportunidade de estudar, mas me deram condições para isso, na certeza de que educação e conhecimento seria o maior bem que poderiam me deixar.

Às amigas e amigos, que longe ou perto sempre estiveram compartilhando as alegrias e angústias, obrigada pela escuta, conselhos, sorrisos e abraços. Em especial às companheiras de doutorado Célia Adriana Nicolotti e Maria Cristina Antunes Willemann que estiveram comigo incondicionalmente nos momentos que mais precisei de apoio e carinho, e Larissa Tombini, grande amiga desde o primeiro dia de aulas. À Simone Roecker, amiga querida desde a graduação, que mesmo à distância sempre se fez presente. Aos amigos Bárbara Rocha e Gerson Elesbão, que me propiciaram ótimos momentos, mesmo nas circunstâncias mais adversas.

À Banca Examinadora, pessoas que muito admiro, por dedicar seu tempo e compartilhar seu conhecimento para aprimorar esse trabalho.

À equipe do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas). Agradeço a todos(as) professores(as) e colegas pela oportunidade de trocar experiências e aprender, em especial às professoras Maria Cristina Calvo e Josimari Telino de Lacerda pelo saber, generosidade e carinho.

Às instituições que oportunizaram minha formação. À Universidade Estadual do Centro-Oeste por me liberar em tempo integral para qualificação docente e aos professores do Departamento de Enfermagem pelo apoio e incentivo. À Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, professores e funcionários por oportunizar um excelente espaço formativo em saúde coletiva.

Às Secretarias Estaduais de Saúde dos três estados da região sul do país pelo apoio à realização do estudo. Aos gestores dos municípios que participaram do estudo, pela receptividade e apoio, permitindo uma excelente coleta de dados. Aos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa, pela disponibilidade, incentivo e paciência durante todo o processo. Às mulheres participantes, que abriram seus lares e seu coração, todo meu carinho.

Aos *stakeholders* e especialistas que apoiaram, contribuíram e incentivaram a realização desse estudo.

A cada pessoa que de alguma forma contribuiu para minha formação enquanto sanitarista e para a conclusão desse trabalho, não sendo possível nominar a todas, gostaria que se sentissem agradecidas.

Deixo aqui o meu mais sincero OBRIGADA!

Conselhos para uma amiga grávida:

A maternidade, sem dúvidas, é uma dádiva, mas não se defina apenas por ela. Seja uma pessoa completa, com seu trabalho, seus afazeres e suas responsabilidades. Vai ser bom para sua filha ter esse referencial.

Nas primeiras semanas da maternidade, seja boa com você mesma, peça ajuda. Essa história de “supermulher” não existe! Criar os filhos é questão de prática — e de amor.

Permita-se falhar. Não pense que precisa saber de tudo. Leia livros, jogue no Google, pergunte aos universitários, vá por tentativa e erro. Mas acima de tudo, foque em ser uma pessoa completa.

Tire um tempo para si, atenda às suas necessidades pessoais — sem essa de pensar que você “dá conta de tudo”.

Apesar de nossa cultura enaltecer as mulheres superpoderosas, raramente questionamos a premissa desse suposto enobrecimento.

As tarefas de cuidar da casa e dos filhos, de dedicar ao emprego e ainda se embelezar trazem essa ideia já socialmente estabelecida de que mulheres dão conta de tudo.

Mas não precisa e nem deve ser assim: o trabalho com a casa e os filhos não deveria ter gênero.

A pergunta que deveríamos fazer não é se a mulher dá conta de tudo, mas sim como contribuir para o casal em suas obrigações tanto no trabalho quanto no lar.

(Chimamanda Ngozi Adichie, 2017)

RESUMO

Introdução: No período pós-parto as mulheres vivenciam intensas mudanças biológicas, psicológicas, socioculturais, transição para a maternidade e transformações na dinâmica familiar, podendo levar a morbimortalidade. A assistência integral durante essa fase no âmbito da Atenção Primária à saúde (APS), por meio do desenvolvimento de ações para atender as necessidades de saúde delas é fundamental. **Objetivo:** Avaliar a implantação da assistência pós-parto às mulheres na APS. **Método:** Pesquisa avaliativa, tipo análise de implantação, realizada de novembro/2016 a dezembro/2019, dividida em duas etapas. A primeira etapa foi um estudo de avaliabilidade (EA) por meio de revisão de literatura nacional e internacional, revisão de documentos nacionais e entrevistas com *stakeholders*, que fundamentaram a elaboração do modelo avaliativo (modelos lógico, teórico e matriz de análise e julgamento), validado por meio de conferência de consenso. A segunda etapa foi o estudo de casos múltiplos realizada em um município de cada estado da região do sul do Brasil, com coleta de dados primários (entrevistas a gestores de saúde, profissionais da atenção primária e puérperas) e secundários. Nessa etapa, foi determinado o grau de implantação por meio da Matriz de Análise e Julgamento composta pelas dimensões gestão e execução e suas subdimensões, e realizada a análise dos determinantes contextuais que influenciaram o grau de implantação. A análise se deu por meio de análise temática e análise imbricada dos casos. **Resultados:** No EA elaborou-se a teoria do programa, em que a assistência pós-parto na APS precisa idealmente ocorrer de forma integral, conforme as necessidades de saúde física, psicológica, emocional e social; considerar a individualidade das mulheres com filhos vivos ou em situações de óbito fetal/infantil; iniciar no pré-natal, com envolvimento das famílias/companheiros(as). No estudo de casos múltiplos verificou-se que a assistência pós-parto estava com implantação incipiente na dimensão gestão para todos os Casos. Na dimensão execução um Caso estava com implantação parcial, e os demais incipiente. As subdimensões aleitamento materno e saúde física tiveram maior grau de implantação, a assistência a violência doméstica e saúde mental ocorrem de forma assistemática, e o planejamento reprodutivo teve foco em métodos contraceptivos hormonais. As dimensões gestão e execução, foram influenciadas desfavoravelmente pelas desigualdades de gênero e persistência da visão de mulheres reprodutoras, e favoravelmente pelas boas condições de vida da população e poucas crenças relacionadas ao pós-parto. Os determinantes político-institucionais favoráveis à dimensão gestão foram as políticas/programas de saúde, e desfavoráveis houve falta de: prontuário integrado, contrarreferência, articulação com hospital, qualificação profissional, acesso a especialistas e métodos contraceptivos. A dimensão execução foi influenciada favoravelmente pelo vínculo profissional/usuárias e perfil profissional, e desfavoravelmente pelo excesso de demanda, ausência de protocolos clínicos e de qualificação profissional para atenção pós-parto. **Considerações finais:** No EA verificou-se que a assistência pós-parto é avaliável por meio de uma análise de implantação e a teoria do programa definida pode ser utilizada por diversos atores, tanto em nível nacional, quanto internacional. O estudo de casos múltiplos evidenciou que as mulheres não recebem assistência integral no pós-parto. A gestão não oportuniza as condições ideais para atuação dos profissionais da APS e na dimensão execução não são incorporadas as principais necessidades de saúde das mulheres. O grau de implantação foi influenciado especialmente pela invisibilidade das mulheres na organização do cuidado, falta de educação permanente/atualizações e de diretrizes clínicas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; período pós-parto; saúde das mulheres; avaliação em saúde.

ABSTRACT

Background: In the postpartum period, women experience intense biological, psychological, sociocultural changes, transition to motherhood and transformations in family dynamics, which can lead to morbidity and mortality. Comprehensive care during this phase in the scope of Primary Health Care (PHC), through the development of actions to find their health needs is essential. **Objective:** To evaluate the implementation of postpartum care to women in PHC. **Method:** Evaluative research, type implementation analysis, conducted from November/2016 to December/2019, split into two stages. The first stage was an Evaluability Assessment (EA) through a review of national and international literature, review of national documents and interviews with stakeholders, which supported the elaboration of the evaluation model (logical, theoretical models and matrix of analysis and judgment), validated through consensus conference. The second stage was the multiple case study conducted in a municipality in each state in southern Brazil, with collection of primary (interviews with health managers, primary and postpartum care professionals) and secondary data. At this stage, the degree of implementation was determined through the matrix of analysis and judgment composed of the management and execution dimensions and their subdimensions, and the analysis of the contextual determinants that influenced the degree of implementation was performed. The analysis was performed through thematic analysis and imbricated analysis of the cases. **Results:** In the EA, the program theory was elaborated, in which postpartum care in PHC must ideally occur in an integral way, according to the needs of physical, psychological, emotional and social health; consider the individuality of women with living children or in fetal/infant death situations; beginning in prenatal care, with involvement of families/partners. In the study of multiple cases, it was found that postpartum care was incipiently implemented in the management dimension for all cases. In the execution dimension one Case was partially implemented, and the others incipient. The subdimensions breastfeeding and physical health had better implementation, assistance to domestic violence and mental health occur unsystematically, and reproductive planning focused on hormonal contraceptive methods. The management and execution dimensions were influenced unfavorably by gender inequalities and persistence of the view of reproductive women, and favorably by the good living conditions of the population and few beliefs related to postpartum. The political and institutional determinants favorable to the management dimension were health policies/programs, and unfavorable there was a lack of: integrated medical records, counter-reference, articulation with hospital, professional qualification, access to specialists and contraceptive methods. The execution dimension was favorably influenced by the professional/user link and professional profile, and unfavorably by the excess demand, absence of clinical guidelines and professional qualification for postpartum care. **Conclusions:** In the EA, it was found that postpartum care is evaluable through an implementation analysis and the theory of the defined program can be used by different actors, both at national and international levels. The multiple case study showed that women do not receive comprehensive postpartum care. Management does not provide the ideal conditions for the work of PHC professionals and in the execution dimension, the main health needs of women are not incorporated. The degree of implementation was influenced especially by the invisibility of women in the organization of care, lack of permanent education/updates and clinical guidelines.

Keywords: Primary health care. Postpartum period. Women's health. Health evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Referencial teórico e procedimentos metodológicos

Figura 1: Etapas de desenvolvimento do estudo. 33

Resultados - Artigo 1

Figura 1: Modelo Teórico de Avaliação da assistência às mulheres no pós-parto na APS, Região Sul/Brasil, 2018. 49

Figura 2: Modelo Lógico do Programa da assistência às mulheres no pós-parto na APS, Região Sul/Brasil, 2018. 52

LISTA DE QUADROS

Referencial teórico e procedimentos metodológicos

Quadro 1: Principais legislações que tratam sobre a saúde das mulheres no Brasil.	28
Quadro 2: Etapas do Estudo de Avaliabilidade.	34
Quadro 3: Questões-chave para construção do modelo avaliativo. Região Sul, Brasil, 2018..	36

Resultados - Artigo 1

Quadro 1: Questões-chave para construção do modelo avaliativo da assistência às mulheres no pós-parto na APS e respectiva fonte de evidência. Região Sul, Brasil, 2018.	46
--	----

Resultados - Artigo 2

Quadro 1: Semelhanças e diferenças entre os aspectos favoráveis e desfavoráveis à implantação da assistência pós-parto: dimensão gestão em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019. ...	69
Quadro 2: Semelhanças e diferenças entre os aspectos favoráveis e desfavoráveis à implantação da assistência pós-parto: dimensão execução em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019.	71

LISTA DE TABELAS

Referencial teórico e procedimentos metodológicos

Tabela 1: Pontos de corte para a classificação dos casos conforme os graus de implantação. 41

Resultados - Artigo 2

Tabela 1: Grau de implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019.67

Tabela 2: Matriz de análise e julgamento da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária: dimensão gestão e suas subdimensões em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019. 68

Tabela 3: Matriz de análise e julgamento da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária: dimensão execução e suas subdimensões em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019. 70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde
APS Atenção Primária à Saúde
CPMI Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
EA Estudo de Avaliabilidade
MAJ Matriz de Análise e Julgamento
MLP Modelo Lógico do Programa
MTA Modelo Teórico de Avaliação
NASF-AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEPO Núcleo de Estudos de População
NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde
ONU Organização das Nações Unidas
PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISM Política Nacional de Assistência Integral à Saúde das Mulheres
PNPM Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PR Paraná
PSMI Programa de Saúde Materno-Infantil
RS Rio Grande do Sul
SC Santa Catarina
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	16
1.1	OBJETIVOS	21
1.1.1	Objetivo Geral.....	21
1.1.2	Objetivos Específicos	21
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA E INSTRUMENTOS LEGAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL	22
2.2	NECESSIDADES DE SAÚDE DAS MULHERES NO PÓS-PARTO.....	30
2.3	ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES NO PÓS-PARTO	32
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
3.1	ESTUDO DE AVALIABILIDADE	34
3.1.1	Etapa 1: Revisão de literatura.....	34
3.1.2	Etapa 2: Revisão de documentos sobre o programa.....	35
3.1.3	Etapa 3: Envolvimento dos stakeholders e especialistas.....	35
3.1.4	Etapa 4: Definição de objetivos e metas do programa.....	36
3.1.5	Etapas 5, 6, 7, 8 e 9: Elaboração e validação da teoria do programa	36
3.1.6	Elaboração das recomendações - uso da EA.....	38
3.1.7	Análise dos dados do Estudo de Avaliabilidade.....	38
3.2	ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS	38
3.2.1	Seleção dos casos e unidades de análise.....	39
3.2.2	Participantes do estudo	39
3.2.3	Coleta de dados	40
3.2.4	Análise dos dados.....	41
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	42
4	RESULTADOS	43

4.1	ARTIGO 1: CUIDADO PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO AVALIATIVO.....	43
4.2	ARTIGO 2 - IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUL DO BRASIL.....	63
4.3	ARTIGO 3 - CONTEXTOS DE IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES NO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO BRASIL	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados: entrevista com <i>stakeholder</i>	109
	APÊNDICE B – Modelo Teórico de Avaliação.....	110
	APÊNDICE C – Modelo Lógico do Programa	112
	APÊNDICE D – Matriz de Análise e Julgamento	115
	APÊNDICE E – Instrumentos de coleta de dados.....	130
	APÊNDICE F– Organização das evidências representativas da dimensão gestão.....	137
	APÊNDICE G - Organização das evidências representativas da dimensão execução.....	148
	APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)	157
	APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Puerperas)	158
	ANEXO A – Revisão Integrativa.....	159
	ANEXO B – Revisão Sistemática	173
	ANEXO C – Parecer Comitê de Ética – Estudo de Avaliabilidade	192
	ANEXO D – Parecer Comitê de Ética – Estudo de Caso.....	195

APRESENTAÇÃO

Esta Tese de Doutorado em Saúde Coletiva apresenta a avaliação da assistência pós-parto às mulheres no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de um estudo de análise de implantação que envolveu a construção da teoria do programa da assistência pós-parto e o estudo de caso para operacionalizar o modelo.

A principal motivação para realizar esse estudo foi a percepção, ao longo da minha carreira profissional, de que as mulheres apresentam diversas necessidades de saúde no pós-parto, porém, de modo geral, essas necessidades não são identificadas e atendidas pelos profissionais de saúde. Assim, preocupada com a formação dos profissionais de saúde e consciente de que programas bem estruturados favorecem a qualidade da assistência, identifiquei a avaliação de programas como propulsor de ambos.

O presente documento está organizado da seguinte forma:

A introdução apresenta o tema a ser trabalhado, evidenciando a sua importância da assistência pós-parto, os problemas envolvidos e as justificativas para realização desse estudo.

O capítulo de revisão de literatura está organizado em três tópicos que abordam a evolução histórica e os instrumentos legais da atenção à saúde das mulheres no Brasil, as necessidades de saúde das mulheres no pós-parto e as ações que devem ser desenvolvidas no âmbito da APS para prestar assistência às mulheres no pós-parto, com base nas melhores evidências científicas sobre o tema.

No item procedimentos metodológicos é apresentado o percurso proposto para o desenvolvimento do estudo, que se deu por meio de um estudo de avaliabilidade e um estudo de casos múltiplos.

Em seguida são apresentados os resultados, organizados em três artigos científicos. O primeiro artigo trata da elaboração e validação da teoria do programa de assistência pós-parto às mulheres na APS. O segundo apresenta a determinação do grau de implantação nos casos analisados e faz uma comparação entre os aspectos que envolveram a implantação do programa nos três casos. O terceiro artigo aborda os determinantes contextuais que podem influenciar a implantação da assistência pós-parto.

O último tópico trata sobre as considerações finais desta tese.

1 INTRODUÇÃO

Ser mulher ou homem tem um impacto significativo na saúde, como resultado de diferenças biológicas e relacionadas ao gênero. A saúde das mulheres é particularmente preocupante porque, em muitas sociedades, são prejudicadas pela discriminação enraizada em fatores socioculturais como relações de poder desiguais entre homens e mulheres; normas sociais que diminuem a educação e as oportunidades de emprego remunerado; enfoque exclusivo sobre os papéis reprodutivos das mulheres; e experiência potencial ou real de violência física, sexual e emocional (WHO, 2018).

O Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 (ODM 5), “melhorar a saúde materna, estabelecer metas de reduzir a mortalidade materna em 75% e alcançar o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015”, foi estabelecido como estratégia global em 2010 (ONU, 2010). Entretanto, apesar dos esforços, avançar na redução da mortalidade materna nos países em desenvolvimento e prestar serviços de planejamento familiar tem sido muito lento para atingir os objetivos (ONU, 2016a).

Nessa direção, a Estratégia Global para Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes (2016-2030) visa até 2030 findar com as mortes evitáveis e alcançar uma grande convergência na saúde, propiciando a todas as mulheres, crianças e adolescentes, uma chance igual de sobreviver e prosperar. Como toda morte evitável é uma afronta aos direitos humanos, a estratégia 2016-2030 tem os direitos humanos em suas propostas (ONU, 2016a).

A cada ano cerca de 303.000 mulheres ainda morrem por causas evitáveis (complicações na gestação e nascimento, incluindo hemorragia severa pós-parto, infecções, doenças hipertensivas e abortos inseguros), e ainda, outros experimentam doenças e deficiências, gerando enormes prejuízos e custos (WHO, 2015).

Em 2017 ocorreram 295.000 mortes maternas em todo o mundo, correspondendo a 211 óbitos a cada 100000 nascidos vivos. Nas Américas essa taxa foi de 57 e no Brasil de 60 óbitos por 100.000 nascidos vivos, destas, a maioria ocorreu nos primeiros 42 dias após o parto (WHO, 2017).

Apesar da taxa de mortalidade materna decrescer expressivamente nas últimas duas décadas, considerando que em 1990 a mortalidade materna no Brasil era de 104 óbitos por 100.000 nascidos vivos, a mesma ainda continua elevada (WHO, 2015). Ressalta-se que o risco de uma mulher de um país em desenvolvimento morrer por causas relacionadas à gestação é 25 vezes maior quando comparado a mulheres que vivem em países desenvolvidos (WHO, 2018).

Os dias e semanas após o parto – pós-natal, pós-parto ou puerpério – é entendido como uma fase do período reprodutivo no qual as mulheres experimentam transformação biológica, psicológica, sociocultural, além de passagem para a maternidade, com forte impacto na saúde e qualidade de vida (BASHOUR et al., 2008; CORRÊA et al., 2017; GLAVIN et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2013). Além disso, é uma fase crítica na vida das mulheres e crianças, em que a maioria das mortes maternas e infantis ocorre (ACOG, 2018; BRODRIBB; ZADOROZNYJ; DANE, 2013; NABUKERA et al., 2006; WHO, 2013), sendo que do total de óbitos maternos no Brasil em 2017, 37,6 óbitos 100.000 nascidos vivos ocorreram no pós-parto, e a maioria (34,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos) durante os primeiros 42 dias (BRASIL, 2017).

O período puerperal inicia-se logo após o nascimento, sendo reconhecido como puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após 45º dia, com término imprevisto) (BRASIL, 2016). A literatura apresenta divergências quanto ao término do período puerperal, apontando que esse tenha duração de seis a oito semanas (NICE, 2015; WHO, 2013), um ano pós-parto (SOUZA; FERNANDES, 2014), ou término imprevisto (BRASIL, 2016). No presente estudo foi adotado o conceito de término imprevisto (BRASIL, 2016), visto que a morbimortalidade relacionada ao período perinatal pode persistir por anos, com alguns estudos apontando para agravos identificados em mais de 4 anos pós-parto (GARTLAND et al., 2016; HARTLEY et al., 2012).

Ao passo que muitas mulheres transitam pelo puerpério sem intercorrências, outras experienciam problemas significativos que podem persistir por semanas, meses ou anos após o parto (HARAN et al., 2014; HARTLEY et al., 2012). Dentre as alterações na vida e saúde da mulher pode-se citar cansaço, dor lombar, dores de cabeça, congestão mamária, mastite (HARAN et al., 2014), ansiedade ou sintomas depressivos (HARAN et al., 2014; MUNK-OLSEN et al., 2015), sangramento prolongado (HARAN et al., 2014), infecções no trato urinário, incontinência fecal e/ou urinária (GARTLAND et al., 2016), dispareunia (MCDONALD et al., 2016), abuso do parceiro íntimo e/ou violência familiar (MORAES et al., 2017), conflitos familiares, dificuldades financeiras (HARTLEY et al., 2012).

Considerando a mortalidade materna um problema de saúde pública e um sério problema a ser enfrentado para melhorar as condições de saúde das mulheres (WHO, 2018), a assistência às mulheres no puerpério se constitui em uma importante estratégia para reduzir a morbimortalidade dessa população, tema esse tido como uma das prioridades pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018), além de ser um período único na vida da mulher, merecendo

atenção por parte dos serviços de saúde e familiares (BRASIL, 2012). Esse cuidado deve se tornar um processo contínuo, em vez de um único encontro, com serviços e apoio adequados às necessidades individuais das mulheres (ACOG, 2018), pautado na atenção integral à saúde das mulheres, por meio da articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação (PINHEIROS; MATTOS, 2003).

A assistência integral no pós-parto se dá prioritariamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), inicia imediatamente após o parto e engloba: atenção em conformidade com as necessidades da mulher, acolhimento, vínculo com profissionais de saúde, educação e apoio à amamentação, educação relevante e oportuna às diversas necessidades, atenção a saúde reprodutiva e planejamento familiar, apoio para os pais/família, cuidados clínicos para promover a saúde física e psicológica e o bem-estar da mulher e da criança (BICK; MACARTHUR, 1995; BRASIL., 2017; NCCPC, 2006; NICE, 2014).

O conceito de assistência pós-parto no presente estudo pretende superar o componente materno, e tratar desse período como um importante momento para cuidados com a saúde das mulheres. A provisão de cuidado e suporte puerperal oportuno e eficaz pode ter um impacto significativo na saúde e no bem-estar em longo prazo para as mulheres e suas famílias. O cuidado pós-parto deve ser prestado na configuração mais adequada, com o mais alto padrão de qualidade e atender às necessidades do indivíduo (ESPANHA, 2014; NICE, 2014).

Ressalta-se que as mulheres, parceiros e famílias devem ser atendidos considerando-se suas crenças e valores. A mulher precisa ser envolvida no planejamento do tempo e do conteúdo de cada contato de atendimento puerperal para que o cuidado seja flexível e adaptado para satisfazer suas necessidades sociais, clínicas e emocionais, assim como de seu filho e família (NCCPC, 2006; NICE, 2015).

Apesar dos esforços de estabelecer o cuidado pós-parto para gerenciar complicações pós-parto, ele não atinge o nível ideal em muitos países, especialmente em países em desenvolvimento, onde graves complicações maternas e neonatais podem levar à morte (ALMALIK, 2017), especialmente por ser o período mais negligenciado para a prestação de cuidados de qualidade (WHO, 2013).

A literatura aponta que as mulheres apresentam insatisfação com a atenção pós-parto, principalmente pela desvalorização, por parte dos profissionais, das necessidades de saúde das mulheres, foco na criança, insuficiência de informações/orientações e limitada comunicação (CORRÊA et al., 2017; HARTLEY et al., 2012; WOOLHOUSE; MCDONALD; BROWN, 2014).

A atenção às mulheres no pós-parto tradicionalmente se concentra em aspectos biológicos, como observação de rotina e avaliação de lóquios, involução uterina, pressão arterial e temperatura, com informações limitadas por parte dos profissionais de saúde (BICK; MACARTHUR, 1995; MCDONALD; WOOLHOUSE; BROWN, 2015; NCCPC, 2006).

No Brasil, estudos apontam baixa qualidade na assistência pós-parto prestada pela APS (OLIVEIRA et al., 2013; SILVA et al., 2016; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012). A última publicação da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher, em 2009, apontou que 60,8% não havia realizado nenhuma consulta no puerpério, e que a atenção pós-parto na unidade de saúde ocorre prioritariamente para acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização da criança (BRASIL, 2009a). Outros estudos nacionais também encontraram baixa cobertura de consulta até 42 dias pós-parto, variando de 16,8% a 58% (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013; SANTOS et al., 2000; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Com base no exposto, faz-se necessário refletir sobre como estruturar a assistência puerperal no Brasil, a fim de garantir atenção adequada à saúde das mulheres nesse período, com foco nas necessidades de saúde dessas e com impacto positivo nos indicadores de saúde materna e saúde das mulheres.

Para tanto, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver mecanismos de avaliação e monitoramento das ações e serviços prestados no âmbito da atenção puerperal, a fim de identificar pontos fortes, fracos e necessidades de mudanças, norteando a melhoria da qualidade da assistência.

A avaliação é uma forma de orientar a implementação de ações e atividades, o que contribui para tomada de decisões. Avaliar o puerpério no âmbito da APS é oportuno, visto que a avaliação das políticas, programas e serviços de saúde são consideradas de suma importância para o direcionamento da melhoria da qualidade dos mesmos (HARTZ; SILVA, 2005).

Esse tipo de estudo pode envolver a realização de uma pré-avaliação para determinar se um programa está pronto para ser avaliado, indicar aspectos para melhorias no programa, melhorar o conhecimento sobre o programa, garantir que uma avaliação produza informações úteis, envolver os interessados na avaliação, esclarecer as metas de intervenção e como elas devem ser alcançadas, e elaborar, testar e refinar uma teoria de mudança acordada com interessados (CRAIG; CAMPBELL, 2015; LEVITON et al., 2010; TREVISAN; WALSER, 2015), podendo ser utilizado em qualquer fase do programa, proporcionando aprofundamento

no conhecimento sobre o funcionamento do mesmo (LEVITON et al., 2010; TREVISAN; WALSER, 2015).

Ressalta-se que a teoria do programa se trata de um conjunto de pressupostos, princípios ou proposições que especifica os aspectos envolvidos para atingir os objetivos almejados, quais impactos podem ser antecipados e como isso se produz, possibilitando compreender o programa (HARTZ; SILVA, 2005).

Após essa compreensão, é importante identificar as ações pelo programa e sua operacionalização, e isso é possível por meio de uma análise de implantação (HARTZ; SILVA, 2005). Essa análise permite conhecer as intervenções como um todo, assim como os aspectos que explicam as discrepâncias entre o ideal e o executado (HARTZ; SILVA, 2005).

Estudos que avaliam a assistência pós-parto são escassos, e em geral, os estudos nacionais tratam de avaliações normativas, com foco apenas no indicador de consulta pós-parto (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013; LAPORTE-PINFILDI et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2013; PARADA, 2008; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; SILVA et al., 2016; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012) e os internacionais de programas específicos, como de rastreamento da DPP e programa de visita domiciliar (ROBLING et al., 2016; SAIÑAS et al., 2012; SEGRE et al., 2012).

Assim, a necessidade de realizar o presente estudo justifica-se por: ausência de uma teoria explícita do programa; escassez de estudos que avaliem a assistência às mulheres no pós-parto para além de aspectos normativos ou de “recortes” do programa (BARATIERI; NATAL, 2019); ser uma assistência ainda negligenciada pelas políticas públicas, serviços e profissionais de saúde (WHO, 2013); elevada morbimortalidade das mulheres no período pós-parto (ESPANHA, 2014; LANGLOIS et al., 2015; NICE, 2015; WHO, 2013); pela necessidade de conhecer a operacionalização da assistência pós-parto considerando a atenção integral às mulheres, superando o materno-infantilismo (BARATIERI; NATAL, 2019; BRASIL, 2016; ESPANHA, 2014; NICE, 2015), indicando os aspectos favoráveis e desfavoráveis do programa, o que permite aprimorá-lo.

Dessa forma, o presente estudo tem como questão norteadora: Como está implantada a assistência às mulheres durante o pós-parto na APS?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde – APS – em três municípios da região sul do Brasil.

1.1.2 Objetivos Específicos

Desenvolver e sistematizar um modelo avaliativo da assistência às mulheres no pós-parto na APS, verificando a avaliabilidade (Artigo 1).

Determinar o grau de implantação da assistência às mulheres no pós-parto na APS (Artigo 2).

Analisar os determinantes contextuais do grau de implantação da assistência pós-parto (Artigo 3).

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir é apresentada a revisão de literatura sobre atenção à saúde das mulheres e atenção pós-parto.

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA E INSTRUMENTOS LEGAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL

A saúde das mulheres foi incorporada às políticas de saúde, no Brasil, somente no início do século XX de forma desorganizada (BRASIL, 2009b), de modo que a partir da década de 60 começam a ser estruturadas ações que se resumiam ao Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) do Ministério da Saúde (MS), com ações limitadas ao atendimento pré-natal e controle do pós-parto da população carente não previdenciária (COSTA, 1999, 2012). O referido programa era planejado de forma centralizada pelo MS, com baixas coberturas, e desempenho prejudicado pela desarticulação e paralelismo das ações ofertadas pelos serviços de saúde (COSTA, 1999, 2012).

O movimento feminista brasileiro teve grande importância para mudanças na agenda política nacional quanto à assistência às mulheres, visto que trazia fortes críticas à forma reducionista de atenção às mulheres, inserindo temas como desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, além de reivindicar a condição de sujeitos de direito (BRASIL, 2009b, 2013a).

O movimento de mulheres propunha ampliar a visão sobre as mulheres a partir da perspectiva da integralidade, o qual previa a atenção a todas as fases da vida, contemplando aspectos sociais e psicológicos da saúde, com incorporação dos conceitos de ação programática da epidemiologia, além das ideias feministas no que se refere à assistência, aspecto esse que viria a ser chamado de saúde sexual e reprodutiva (DINIZ, 1999).

Assim, em 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), publicado em 1984 pelo MS, como resposta de tensões na sociedade e no governo em relação à questão do planejamento familiar e da dinâmica demográfica. Nesse momento, o país passava por um processo de restauração da democracia, e as instituições da saúde e da sociedade faziam movimentos para garantir o direito universal à saúde, de modo que o PAISM é influenciado por todo esse contexto (COSTA, 1999, 2012).

A formulação do PAISM foi possível pela articulação das ideias feministas aos movimentos pelo direito à saúde no processo de Reforma Sanitária, e, nesse contexto, as

mulheres passam a ser reconhecidas como sujeitos de direitos, as quais a identidade social e cultural estão correlacionadas às demandas em saúde ampliando o entendimento e práticas dos serviços de saúde para as mulheres (COSTA, 2012).

O PAISM se torna um importante marco histórico no que tange a saúde das mulheres, pois teve sua estruturação baseada em um conjunto de princípios e diretrizes programáticas abrangentes. O programa contemplou diferentes aspectos do ciclo de vida e situações de saúde das mulheres, como a saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção de câncer cervicouterino e mamas, além de questões relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis, superando a atenção às mulheres voltada somente às questões procriativas, e da lógica focada na saúde materna, binômio materno-infantil, sendo construído a partir de necessidades mais ampliadas e com a participação do movimento feminista e de mulheres, propondo que a diversidade de demandas das diferentes mulheres sejam incorporadas ao programa (BRASIL, 2013a; COSTA, 2012).

O PAISM adota o eixo da integralidade para orientar seus objetivos e estratégias, incorporando as diferentes dimensões das mulheres como sujeitos de direitos. Assim, o programa deu ênfase à necessidade de mudança nas relações do serviços/profissionais de saúde com as mulheres, com base no respeito à condição feminina e no direito à saúde integral, realizando uma atenção baseada nas necessidades e demandas de saúde dessa população (COSTA, 2012).

A saúde das mulheres ganha espaço na Constituição Federal de 1988, quando são tratadas as questões de direitos e igualdade dos cidadãos, destacando-se o artigo 6 que evidencia sobre os direitos sociais quanto a: "a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados" (BRASIL, 1988).

No que tange os direitos sexuais e reprodutivos, o Brasil sofre influência internacional, em que na década de 70 ressurgiu o debate sobre o crescimento demográfico e desenvolvimento, de modo que países centrais do capitalismo difundem para países periféricos a ideia de relação entre crescimento demográfico e desenvolvimento (COSTA, 2012). Assim, o tema do planejamento reprodutivo torna-se recorrente em conferências sobre população organizadas pelas Nações Unidas em 74 (Bucareste), 84 (México) e 94 (Cairo), momento em que o Brasil defende o livre arbítrio das pessoas sobre o número de filhos (COSTA, 2012).

Em 1995 o Brasil participou da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, assumindo os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como um compromisso da

questão de direitos humanos, recomendando a atenção qualificada a homens e mulheres, para que possam usufruir desses direitos (COSTA, 2012). Nessa conferência é valorizada a importância da participação das mulheres no desenvolvimento, com destaque para o papel das mulheres na sociedade, enfatizando as condições precárias de trabalho dessas (COSTA, 2012).

Os compromissos firmados nessas conferências tiveram influência para a regulamentação, em 1996, da lei de planejamento familiar (BRASIL, 1996), a qual foi implementada por meio da Política Nacional de Planejamento Familiar (2007), que institui um conjunto de ações para regular a fecundidade. E, nesse contexto, é lançado em 2002, pela área técnica de saúde das mulheres, o Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar (BRASIL, 2002).

Além disso, um fato histórico importante a ser evidenciado sobre a lei do planejamento familiar é que na década de 80, por meio de pesquisa do Núcleo de Estudos de População (NEPO) evidenciou-se que as mulheres negras estariam sendo vítimas de esterilização cirúrgica em massa nesse período, como estratégia de branqueamento da população brasileira (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012). Decorrente da atuação do movimento negro e feministas, tal polêmica chegou ao parlamento em 1993, em que foi criada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar o fato, sem confirmação da tese estabelecida pelo movimento (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012). Entretanto, as discussões levaram à proposição da necessidade de criação de normatização da esterilização a fim de conter o uso abusivo desse método no Brasil, servindo como base para a Lei do Planejamento Familiar (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Outro marco na atenção à saúde das mulheres foi a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS, objetivando reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, por meio de uma atenção integral na assistência obstétrica e afirmação dos direitos das mulheres (BRASIL, 2000), sendo posteriormente, em 2004, aprimorado com a criação do Programa Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

No decorrer da implementação da regulamentação do SUS a saúde das mulheres é contemplada na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS-2001, que propõe aos municípios a garantia de ações mínimas de pré-natal e puerpério, além de planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino, e organização dos territórios estaduais para ampliar a resolução da assistência à saúde (BRASIL, 2001).

No ano de 2003, foi instituída pelo MS a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres e Adolescentes, com a finalidade

de prestar assistência às vítimas de violência, por meio de atuação intersetorial e interdisciplinar, explicitando sobre manutenção ou não de gestação decorrente de violência sexual. Nesse mesmo ano é prevista a Notificação Compulsória (Lei 10.778 de 24/11/2003) dos casos de violência sexual (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

Outra importante iniciativa foi o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado em março de 2004, entre todos os órgãos de saúde e universidades no Brasil, em que há o comprometimento de melhorar a saúde materna, em consonância com quinta meta do milênio proposta pela Organização Nações Unidas (ONU), de reduzir em 75% taxa de mortalidade materna até 2015 (BRASIL, 2004), meta essa não atingida pelo país, chegando a apenas 55% de redução (ONU, 2016b).

Atualmente o Brasil segue a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável em que pretende até 2030 reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (ONU, 2015).

Apesar dos avanços na área de saúde das mulheres e do fato do MS declarar a saúde das mulheres como uma prioridade do governo brasileiro, houve dificuldades na consolidação do PAISM, visto que as ações tiveram foco fundamentalmente na saúde reprodutiva, ocultando discussões de gênero, raça, violência, direitos das mulheres, entre outras (BRASIL, 2009b). Além disso, temas importantes para a atenção integral à saúde das mulheres no contexto do SUS são reivindicados de forma isolada e fragmentada, por políticas e movimentos distintos, o que também fragiliza a atenção integral proposta pelo PAISM (COSTA, 2012).

A fim de aprimorar as ações sob a ótica da integralidade em saúde das mulheres, e ultrapassar os limites da saúde reprodutiva, iniciou-se, em 2003, a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, momento este que a Área Técnica de Saúde da Mulher verificou a necessidade de incluir os seguintes temas: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde das mulheres e meio ambiente. Assim, em maio de 2004, foi lançada a referida política, em consonância com a proposição do SUS (BRASIL, 2009b; COSTA, 2012), em que se destaca o fato de essa política não possuir uma portaria que a regulamenta até os dias atuais.

Outro marco importante no Brasil, foi a criação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) em 2004, a partir dos resultados da 1ª Conferência Nacional de Políticas

para as Mulheres, que se constitui em importante instrumento para reconhecer o Estado como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de bem estar social (BRASIL, 2013a) Em 2013 o PNPM foi revisado a partir da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, o qual enfatizou maior inserção das temáticas de gênero nas diferentes frentes do governo (BRASIL, 2013a).

Cabe ressaltar a Lei Maria da Pena, que apesar de não ser específica do setor saúde, tem fortes impactos sobre a saúde das mulheres e na atenção prestada a essas. Lançada em 2006 (Lei nº 11.340) a Lei Maria da Pena trata de formas para coibir/prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher; prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher; e altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal (BRASIL, 2006).

Seguindo com as ações de fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2007 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra que visa qualificar e humanizar a atenção à saúde das mulheres negras quanto à assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, além de clarificar sobre a maior vulnerabilidade das mulheres negras quanto a morbimortalidade materna, doença falciforme, câncer de colo de útero, e por doenças transmissíveis, além de incentivar a organização de redes de atenção às mulheres negras vítimas de violência sexual, doméstica e familiar (BRASIL, 2010).

Em 2007 foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV/Aids e outras DSTs, com revisão em 2011. Esse plano traça ações para enfrentar a epidemia pelos referidos agravos pela redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção integral, com ênfase em ações articuladas e intersetoriais (BRASIL, 2011). Ainda no mesmo ano foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, o qual se constitui em acordo federativo entre as três esferas do governo para planejar ações para consolidar a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional (BRASIL, 2011a).

Em 2011 foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), a qual permitiu que temas como o machismo, misoginia e invisibilidade feminina, entrassem em pauta de discussão (BRASIL, 2013b).

Nesse mesmo ano, com a finalidade de contribuir com a redução da morbimortalidade materna e infantil no Brasil, foi lançada por meio da portaria nº 1459 a Rede Cegonha. Tal proposta se pauta no respeito aos direitos humanos (incluindo direitos sexuais e reprodutivos),

com vistas a assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada, considerando aspectos sobre a população e seu desenvolvimento, assim como garantir e avançar no cumprimento de metas internacionalmente pactuadas (ERRADO, 2011).

Entretanto, a Rede Cegonha recebe críticas por parte dos movimentos feministas, já que traz consigo o encolhimento da agenda feminina e da construção do SUS, considerando o próprio nome que “dessexualiza” a reprodução, dá ênfase ao conceito, desvincula a atenção ao parto e nascimento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), e faz um reforço ao materno-infantilismo ao delimitar as prioridades (AQUINO, 2014). E, ainda, apesar do aborto ser reconhecido como importante causa de morbimortalidade das mulheres, devendo se constituir em importante problema a ser considerado pelas políticas públicas, a Rede Cegonha negligencia o tema dentre seus objetivos (COSTA, 2012).

Para nortear a atenção à saúde das mulheres, o MS lança e atualiza protocolos e cadernos de atenção básica, como o Caderno de Atenção Básica Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013c), Cadernos de Atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012), e Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2014a), entre outros.

Os materiais até então publicados pelo MS tinham foco em condições/agravos específicos, com priorização para saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Somente em 2016 é lançado o Protocolo de Atenção Integral a Saúde das Mulheres, que vem abarcar de forma mais ampla as propostas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, “ao considerar o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como perspectivas privilegiadas, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sob orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania (BRASIL, 2016, p.12).

É válido ressaltar que a Política de Atenção Integral à saúde das mulheres na prática desapareceu, considerando que desde a década de 90 a atenção às mulheres vem sendo prestada de forma fragmentada em ações programáticas verticalizadas com fontes e recursos financeiros específicos, os quais causam efeitos contraditórios ao sentido da integralidade almejado com a Reforma Sanitária e movimentos feministas, culminando na criação do PAISM (COSTA, 2012).

Além disso, a universalidade do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), primordial para prestar uma atenção integral, ainda está longe de ser alcançada (COSTA, 2012), e tem sofrido ameaças ainda maiores com ações como a reformulação, em 2017, da Política Nacional

de Atenção Básica, a qual prevê a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Para analisar as políticas de saúde para as mulheres é preciso associar à análise de implantação do SUS, que tem como desafio maior a transformação em política de Estado, a fim de solucionar problemas de financiamento e gestão, para garantir universalidade, gratuidade e qualidade (COSTA, 2012).

Para o alcance da atenção integral às mulheres é necessário retomar o projeto do SUS democrático, assim como os pressupostos da Reforma Sanitária, ou seja, a universalidade, integralidade e equidade, que foram incorporados pela Constituição (AQUINO, 2014). É fundamental “defender a laicidade do Estado democrático e plural e ressaltar a intersecção entre gênero, classe social, raça/etnia e sexualidade na produção/ reprodução de desigualdades sociais em saúde” (AQUINO, 2014, p. 9). Faz-se imprescindível humanizar a atenção com base em evidências científicas, mas também e fundamentalmente, com base nos direitos das mulheres (AQUINO, 2014).

Com base no exposto, evidenciam-se diversas iniciativas na atenção à saúde das mulheres no Brasil, especialmente nas últimas três décadas, sendo essas respaldadas por leis, decretos e portarias. O Quadro 1 apresenta as principais legislações que regulam sobre o tema na atualidade:

Quadro 1: Principais legislações que tratam sobre a saúde das mulheres no Brasil.

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.	Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.	Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 168 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, beneficiando o atendimento à mulher.
Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000.	Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001.	Aprova, na forma do anexo desta portaria, a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.
Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.	Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
Portaria MS/GM nº 936, de 19 de maio de 2004.	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.
Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004.	Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela.

Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.	Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.	Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008.	Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
Portaria nº 2669/ GM/MS, de 03 de novembro de 2009	Dispõe sobre as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil.
Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011.	Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.
Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
Lei 12.802, de 24 de abril de 2013.	Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária.
Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.	Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, dentre eles os indicadores de avaliação da Rede Cegonha.
Lei nº 13.239, de 30 de dezembro de 2015.	Dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.

Fonte: Elaborado pela autora.

2.2 NECESSIDADES DE SAÚDE DAS MULHERES NO PÓS-PARTO

O estudo das necessidades de saúde tem o intuito de orientar a atenção aos usuários nos serviços de saúde, considerando as especificidades e diferenças entre as pessoas (TEIXEIRA et al., 2015). A taxonomia de necessidades de saúde mais utilizada é a que categoriza as necessidades em 1) boas condições de vida; 2) consumo de tecnologias disponíveis e capazes de melhorar e prolongar a vida; 3) vínculos efetivos com os serviços/profissionais de saúde; e 4) graus crescentes de autonomia no "andar a vida" (CECÍLIO, 2001), a qual auxilia na compreensão e definição das necessidades de saúde.

Considerando que o período pós-parto é uma fase de transição para as mulheres em que ocorrem intensas mudanças biológicas, psicológicas e socioculturais em suas vidas, com forte impacto para saúde e qualidade de vida, conhecer as necessidades é crucial para priorizar cuidados e atender às preocupações das mulheres, como ansiedades, medos, desejos (ALMALIK, 2017; CORREA et al., 2014).

Por meio de uma revisão de literatura junto as bases de dados contidas na Biblioteca Virtual em Saúde (exceto Medline), nas bases *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science* e *Cinahl* realizada no mês de maio de 2018, foi realizada busca de artigos científicos que tratam sobre a percepção das mulheres sobre suas necessidades de saúde no período pós-parto tardio e remoto. Foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol, e que abordem a percepção das mulheres sobre suas necessidades. Foram excluídos estudos realizados em ambiente hospitalar, caracterizando puerpério imediato. Essa busca se justifica a fim de identificar as necessidades de saúde que podem ser atendidas pelos profissionais da APS, foco do presente estudo.

Foram encontradas 152 referências na BVS, 46 na *Pubmed*, 233 na *Scopus*, 238 na *Web of Science* e 80 na *Cinahl*, sendo que após leitura de títulos, resumos e texto completo, e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram identificados sete estudos sobre o tema.

Foi possível identificar diversas necessidades de saúde, destacando-se duas, as quais apareceram fortemente nos estudos: “necessidade de maior atenção para as mulheres do que para as crianças” e “necessidade de orientações e atenção profissional”.

No que se refere a “necessidade de maior atenção para as mulheres do que para as crianças” verifica-se que é preciso valorizar as necessidades femininas, já que, em geral o atendimento puerperal tem como foco os cuidados com os bebês, e as ações para as mulheres restringem-se a questões fisiológicas (como sangramento), amamentação (cuidados com as mamas e incentivo ao aleitamento materno) e uso de métodos contraceptivos (BUTCHART;

TANCRED; WILDMAN, 1999; CORRÊA et al., 2017; RODRIGUES; PEREIRA, 2006; SILVA et al., 2017), evidenciando mais uma preocupação com reprodução do que com saúde das mulheres.

Ressalta-se que as mulheres desejam maior apoio emocional e confiança para enfrentar seus medos, com menos pressão sobre o aleitamento materno (PAZ PASCUAL et al., 2016).

Sobre a “necessidade de orientações e atenção profissional” os estudos revelam que as mulheres desejam orientações gerais pelos profissionais de saúde, melhor comunicação com esses, com espaço para falar sobre suas frustrações (BUTCHART; TANCRED; WILDMAN, 1999; CORRÊA et al., 2017; MARTIN et al., 2014), além de ter um profissional disponível para ouvir e dar suporte frente às necessidades, ambiente para conversar com outras mulheres no pós-parto e inclusão do parceiro nos atendimentos (BUTCHART; TANCRED; WILDMAN, 1999; PAZ PASCUAL et al., 2016).

Os estudos revelam que as mulheres se sentem despreparadas para o período pós-parto especialmente pela falta de informações por parte dos profissionais e longo tempo entre a alta hospitalar e o primeiro contato pós-parto (BUTCHART; TANCRED; WILDMAN, 1999; CORRÊA et al., 2017; MARTIN et al., 2014).

As mulheres desejam que os profissionais sejam proativos para orientar o que poderia acontecer no pós-parto, independentemente da normalidade do sintoma, já que, muitas vezes elas não sabem o que perguntar pois não tem conhecimento sobre as alterações do período (MARTIN et al., 2014; SILVA et al., 2017). As mesmas sentem-se satisfeitas com os profissionais de saúde que têm uma relação pessoal, às reconfortam, são compreensivos, e gentis (BUTCHART; TANCRED; WILDMAN, 1999).

Além dos aspectos já abordados, as mulheres também apresentam necessidade de apoio do companheiro e da família, em que esse envolvimento pode reduzir ansiedades, medos e angústias, além de auxiliar na adaptação da nova condição (SILVA et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2015).

Um dos estudos destacou outras necessidades de saúde das mulheres, como necessidade de reposição do sono e descanso físico (decorrente do parto e cuidados com os bebês), questões essas em geral negligenciadas tanto pela família como pelos profissionais de saúde. Além disso, as mulheres desejam recuperar a autonomia/liberdade da qual dispunham antes da maternidade para cuidar de si (TEIXEIRA et al., 2015).

A revisão dos estudos revelou que em geral as mulheres sentem-se abandonadas e invisíveis no período puerperal (CORRÊA et al., 2017; RODRIGUES; PEREIRA, 2006) com

insatisfação com os serviços de saúde, seja em visitas domiciliares ou consultas pós-parto (CORRÊA et al., 2017; RODRIGUES; PEREIRA, 2006). Para tanto, é fundamental realizar o planejamento da atenção pós-parto às mulheres na APS, considerando suas necessidades de saúde e especificidades desse período da vida, o que pode propiciar satisfação das mulheres, e redução da morbimortalidade materna.

2.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES NO PÓS-PARTO

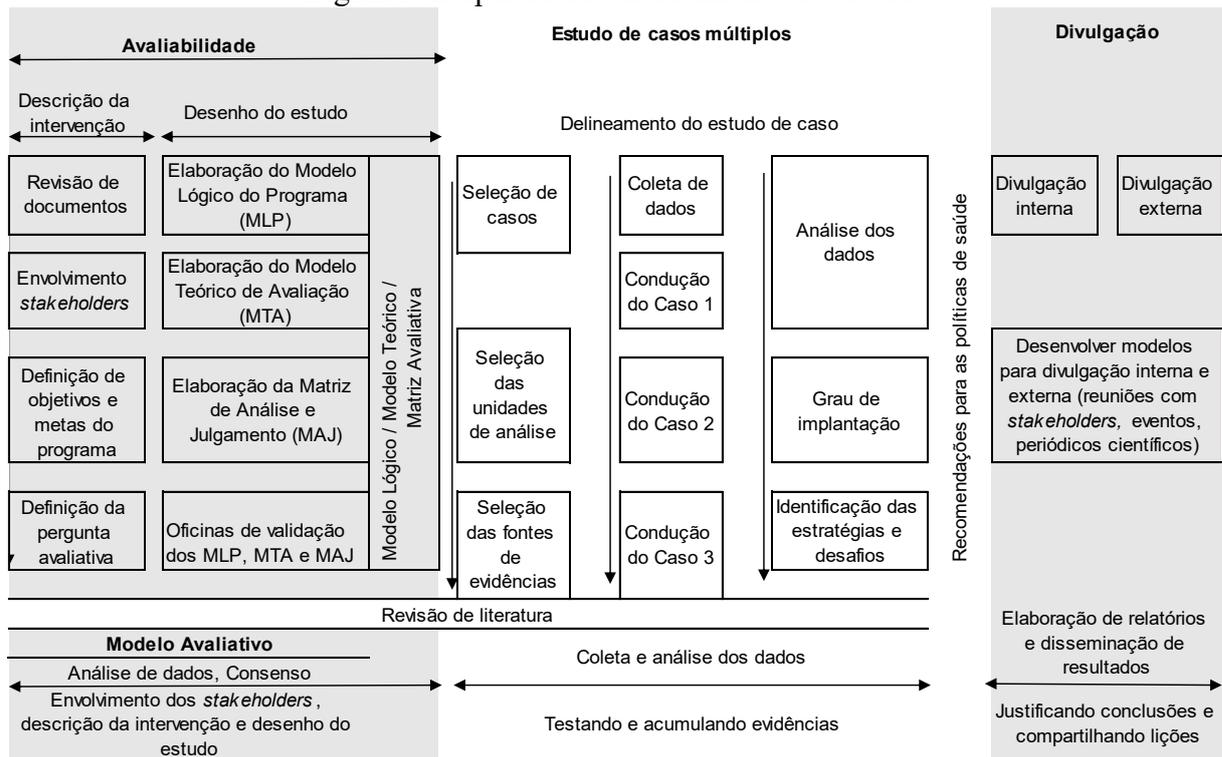
Realizaram-se duas revisões de literatura para identificar as ações que idealmente devem ser desenvolvidas para assistência pós-parto. A primeira trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as ações desenvolvidas pela APS às mulheres no pós-parto (BARATIERI; NATAL, 2019), a qual foi publicada na Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo A). A segunda foi uma revisão sistemática das recomendações de *guidelines* internacionais sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS (BARATIERI et al., 2019a), a qual foi aceita para publicação na Revista de APS (Anexo B).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa avaliativa, constituída por um Estudo de Avaliabilidade (EA) e por uma análise de implantação (CHAMPAGNE et al., 2011), de natureza quantitativa e qualitativa, no período de novembro de 2016 a dezembro de 2019.

A pesquisa avaliativa foi dividida em duas etapas. A primeira se deu pelo desenvolvimento de um estudo de avaliabilidade (EA) (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020) com elaboração e validação do modelo avaliativo (modelos lógico, teórico e matriz de análise e julgamento) e uma segunda etapa que foi o estudo de casos múltiplos (STAKE, 2006; YIN, 2015) que determinou o grau de implantação, identificou os fatores de contexto que influenciam no programa e possibilitou a validação externa por meio da replicação de casos, conforme representado na Figura 1:

Figura 1: Etapas de desenvolvimento do estudo.



Fonte: Adaptado de CDC (CDC, 1999).

3.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O EA teve abordagem qualitativa, foi desenvolvido de novembro de 2016 a dezembro de 2018, seguindo os pressupostos de Thurston e Ramaliu (2005), Leviton (2010) e Trevisan e Walser (2015), teóricos amplamente utilizados na área da saúde e atendendo o rigor metodológico para esse tipo de estudo (BARATIERI et al., 2019a; WALSER; TREVISAN, 2016), de acordo com as etapas apresentadas no Quadro 1:

Quadro 2: Etapas do Estudo de Avaliabilidade.

Etapa	Referencial teórico
1 – Revisão de literatura	Trevisan, Walter, 2015.
2 – Revisão de documentos sobre o programa	Trevisan, Walter, 2015; Thurston e Ramaliu, 2005; Leviton, 1998; Leviton, 2010.
3 – Envolvimento dos stakeholders e especialistas	Trevisan, Walter, 2015; Thurston e Ramaliu, 2005; Leviton, 1998; Leviton, 2010.
4 – Definição de objetivos e metas do programa.	Thurston e Ramaliu, 2005; Leviton, 1998; Leviton, 2010.
5 – Elaboração do Modelo Lógico do Programa – MLP	Trevisan, Walter, 2015; Thurston e Ramaliu, 2005; Leviton, 1998; Leviton, 2010.
6 – Construção do Modelo Teórico de Avaliação – MTA	Trevisan, 2015 Thurston e Ramaliu, 2005.
7 – Elaboração da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ).	Anker et al., 1993.
8 - Realização de Conferência de consenso do MLP, MTA e MAJ junto a especialistas da área e stakeholders.	Thurston e Ramaliu, 2005; Leviton, 1998; Leviton, 2010; Hartz e Silva, 2005.
9 – Formulação da pergunta avaliativa.	Leviton, 1998; Leviton, 2010.
10 – Elaboração das recomendações - uso da EA.	Leviton, 1998; Leviton, 2010; Trevisan e Walter, 2015.

Fonte: Elaborado pela autora.

3.1.1 Etapa 1: Revisão de literatura

A revisão de literatura ocorreu por meio de uma revisão integrativa e uma revisão sistemática. A revisão integrativa de literatura, realizada de novembro de 2016 a março de 2017, abordou as ações de programas de atenção pós-parto no âmbito da APS, tanto em nível nacional, como internacional (BARATIERI; NATAL, 2019) (ANEXO A). A revisão sistemática se deu entre os meses de abril de 2017 e fevereiro de 2018 e tratou de recomendações de diretrizes

clínicas internacionais sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS (BARATIERI et al., 2019b) (ANEXO B).

3.1.2 Etapa 2: Revisão de documentos sobre o programa

Para análise documental, ocorrida de março a julho de 2018, foram utilizados cinco documentos nacionais vigentes, que tratam da atenção pós-parto na APS, localizados junto à página da internet do MS, a saber:

- Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016);
- Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha (BRASIL, 2011b);
- Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012);
- Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2014b);
- Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011c).

Além disso, foi solicitado aos stakeholders (interessados) para informar sobre materiais que embasam o cuidado às mulheres no puerpério, estes indicaram os documentos do MS já selecionados na análise documental.

3.1.3 Etapa 3: Envolvimento dos stakeholders e especialistas

Quanto aos *stakeholders* e especialistas, realizou-se entrevista norteada por roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), de agosto a outubro de 2018, com quatro mulheres representantes de movimento de mulheres, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná (PR), Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS) e três profissionais com experiência na APS. Os participantes foram selecionados por sua reconhecida experiência acadêmica e/ou profissional na Região Sul do Brasil na área de saúde das mulheres, avaliação em saúde e/ou APS.

As entrevistas foram realizadas em sala reservada, gravadas e transcritas na íntegra.

Os *stakeholders* e especialistas foram envolvidos desde a concepção das necessidades de saúde das mulheres, dos objetivos e metas da assistência pós-parto, até a validação do modelo final e divulgação dos resultados.

Ressalta-se que a incorporação de novos documentos e o envolvimento dos *stakeholders* e especialistas se deu durante todo o processo de EA, pois este processo não é linear, mas sim cíclico (TREVISAN; WALSER, 2015).

3.1.4 Etapa 4: Definição de objetivos e metas do programa.

Elaborou-se uma versão preliminar dos objetivos e metas com base em um contato inicial com *stakeholders* e especialistas. Essa versão preliminar foi aprimorada após realizar revisão de literatura e análise documental. Finalmente, os objetivos e metas foram validados por meio da conferência de consenso.

3.1.5 Etapas 5, 6, 7, 8 e 9: Elaboração e validação da teoria do programa

A partir da definição dos objetivos e metas da assistência pós-parto e com base na revisão de literatura, análise documental e entrevista com *stakeholders* foi realizada a modelização inicial do programa, ou seja, elaboração do Modelo Teórico de Avaliação (MTA) (APÊNDICE B), Modelo Lógico do Programa (MLP) (APÊNDICE C) e da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) (APÊNDICE D).

Para coleta dos dados na revisão de literatura, análise documental e entrevista foram utilizadas as questões-chave propostas por Bezerra, Cazarin e Alves (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010), que auxiliam o delineamento de um programa (Quadro 3).

Quadro 3: Questões-chave para construção do modelo avaliativo. Região Sul, Brasil, 2018.

QUESTÕES-CHAVE	FONTES DE EVIDÊNCIAS						
	F*1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
1 Qual o problema visado pelo programa, pelos seus formuladores, executores ou agentes locais?	x	x	x	x	x		x
2 Qual o programa de saúde criado para resolver o problema?	x	x	x	x	x		x
3 Qual o objetivo geral do programa?	x	x	x		x		x
4 Quais são seus objetivos específicos?		x		x			x
5 Quais as metas que o programa pretende alcançar?	x						x
6 Qual é sua população-alvo?	x	x	x	x	x		x
7 Quais são os componentes do programa?	x				x		x
8 Que atividades são realizadas?	x	x	x	x	x	x	x

9 Quais as estruturas de que o programa precisa para funcionar?	x				x		x
10 Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades?		x					x
11 Quais os resultados que o programa pretende alcançar?							x
12 Quais os fatores que podem influenciar no alcance dos resultados, além dos relacionados ao programa?	x	x					x

Fonte: Elaborado pela autora.

*F: Fonte de evidências.

F1 – Revisão integrativa (BARATIERI; NATAL, 2019); F2 - Revisão sistemática (BARATIERI et al., 2019b); F3 - Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016); F4 - Atenção ao Pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012); F5 - Regulamentação Rede Cegonha (BRASIL, 2011b, 2011c); F6 – Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2014b); F7 – Entrevista com *stakeholders*.

Após elaboração preliminar, os modelos e a MAJ foram validados por meio da Conferência de Consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005), de acordo com as seguintes etapas:

Etapa 1 – Análise individual por parte dos *stakeholders* e especialistas: foi enviada a proposta inicial da teoria do programa via formulário eletrônico, os quais analisam individualmente realizando suas sugestões e “completa concordância”, “discordância parcial” ou “total discordância” os elementos apresentados indicando, quando pertinente, sugestões de alterações. Essa etapa teve duração de três meses e participaram duas representantes de organizações de mulheres, dois profissionais da APS, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e cinco especialistas em avaliação em saúde e saúde das mulheres. De posse das respostas, os resultados foram consolidados preservando o anonimato dos participantes;

Etapa 2 – Discussão aberta entre os participantes: os *stakeholders* e especialistas participaram de uma oficina de consenso para debater sobre os objetivos e metas do programa, assim como dos modelos e MAJ. Inicialmente foi apresentada uma tabela com os resultados consolidados da primeira etapa, e então foi aberto para o debate.

Durante o debate de consenso foram abordados outros aspectos do plano avaliativo, em que ao final desse processo foi definido: perguntas avaliativas; elaboração do MTA, MLP e da MAJ; definição dos critérios de seleção para os casos e unidades de análise para realização do estudo de caso; seleção das fontes de evidência.

Essa oficina presencial teve duração de quatro horas e participaram dessa etapa uma representante de organizações de mulheres, duas profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão de Santa Catarina, dois especialistas em avaliação em saúde e um em saúde das mulheres.

Etapa 3 – Nova resposta individual às questões postas nos modelos e MAJ: na última etapa da conferência de consenso os *stakeholders* e especialistas foram solicitados a se manifestar mais uma vez de maneira individual, via formulário eletrônico, analisando novamente os modelos e MAJ. Esta etapa oportunizou que cada participante pudesse manter suas primeiras respostas ou modificá-las a partir das considerações realizadas na segunda etapa. Essa etapa teve duração de dois meses e participaram duas representantes de organizações de mulheres, dois profissionais da APS, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e quatro especialistas em avaliação em saúde e saúde das mulheres.

3.1.6 Elaboração das recomendações - uso da EA.

Após validação do modelo avaliativo e análise dos dados do EA foram elaboradas as recomendações para o uso da EA.

3.1.7 Análise dos dados do Estudo de Avaliabilidade

A análise temática(MILES; HUBERMAN; SALDAÑA, 2014) foi aplicada para a análise do material da revisão de literatura, documentos e dados das entrevistas com *stakeholders*, de acordo com uma lista pré-definida de códigos proposta pelas autoras, buscando identificar os objetivos e metas, a operacionalização e os contextos que influenciam o programa. O software de análise NVivo versão 11 foi utilizado para facilitar a codificação dos dados das entrevistas.

3.2 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Os casos foram três municípios, um de cada Estado da Região Sul do Brasil, sendo denominados Caso 1, Caso 2 e Caso 3. Em cada caso foram considerados dois níveis de análise, ou seja, a gestão municipal e a assistência prestada por uma equipe de saúde na APS. Justifica-

se a escolha da região sul pela proximidade da pesquisadora, considerando a falta de financiamento para o estudo. Além disso, a pesquisa nos três Estados foi proposta para verificar possíveis diferenças de contexto.

3.2.1 Seleção dos casos e unidades de análise

Os casos selecionados foram municípios que tivessem boa cobertura e qualidade na APS, a fim de possibilitar melhor compreensão da assistência pós-parto, minimizando influências da baixa qualidade da APS.

Para a seleção dos casos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- mais de 100.000 habitantes por, na sua maioria, apresentarem características favoráveis para a gestão em saúde (CALVO et al., 2016);
- cobertura de APS maior do que 80%;
- mais de 80% das equipes de saúde inscritas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);
- mais de 80% das equipes com avaliação “ótimo”, “muito bom” e “bom” no PMAQ.

Quando mais de um município atingiu os critérios de inclusão, solicitou-se aos profissionais da área técnica de APS e saúde das mulheres, das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, para escolha do melhor Caso.

As unidades de análise foram a gestão municipal de saúde e uma equipe de saúde da família de cada município. Solicitou-se indicação de uma equipe de saúde da família com APS considerada exemplar, dentre aquelas com avaliação “ótimo” e “muito bom” no PMAQ à gestão municipal de saúde de cada Caso.

A seleção dos casos e unidades de análise foi discutida durante todos o processo do EA em conjunto com *stakeholders* e especialistas.

3.2.2 Participantes do estudo

Os informantes foram profissionais da gestão municipal, profissionais das equipes de APS e puérperas das unidades de análise selecionadas.

Foram selecionados profissionais da gestão municipal da área de saúde das mulheres e APS e profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro,

técnico/auxiliar em enfermagem e agente comunitário de saúde), com mais de um ano de atuação no mesmo local de trabalho. Excluíram-se profissionais de férias ou licença.

Sobre as puérperas, selecionou-se mulheres que realizaram pelo menos uma consulta puerperal até 42 dias, e que estivessem com no máximo seis meses pós-parto, para reduzir viés de memória sobre a assistência recebida. Realizou-se o levantamento das mulheres elegíveis, e posterior sorteio aleatório, sendo entrevistadas até ocorrência da saturação dos dados.

Participaram do estudo seis gestores (1 Caso 1; 3 Caso 2; 2 Caso 3), quatro médicos (1 Caso 1; 1 Caso 2; 2 Caso 3), 4 enfermeiros (1 Caso 1; 1 Caso 2; 2 Caso 3), dois técnicos em enfermagem (1 Caso 1, 1 Caso 2), 18 agentes comunitários de saúde (6 Caso 1; 9 Caso 2; 3 Caso 3) e 31 puérperas (10 Caso 1, 11 Caso 2 e 10 Caso 3). Foi excluído um técnico em enfermagem que estava de férias, seis puérperas se recusaram a participar e três não foi possível contato.

3.2.3 Coleta de dados

Foram coletados dados primários e secundários. A coleta de dados primários se deu por meio de entrevista dos informantes selecionados, em cada unidade de análise, norteadas por roteiro semiestruturado (APÊNDICE E) e registro em diário de campo durante o período de coleta de dados.

As entrevistas foram agendadas junto aos gestores e profissionais da APS em seus respectivos ambientes de trabalho e, as mulheres escolheram a unidade de saúde (cinco mulheres) ou o domicílio (26 mulheres). Utilizou-se local reservado, de escolha dos participantes, e para manter a fidedignidade dos dados, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Os dados secundários foram coletados por meio de análise de prontuários das puérperas selecionadas por meio de roteiro (APÊNDICE E), análise documental (documentos municipais: Programação Anual de Saúde, protocolos, normas técnicas etc.), microdados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ, e dados dos sistemas de informação do Departamento de Informática do SUS.

Os instrumentos de coleta foram elaborados a partir da teoria do programa de assistência pós-parto às mulheres na APS (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020).

Realizou-se um estudo de Caso piloto junto a um município que não fez parte do estudo (STAKE, 2006; YIN, 2015).

3.2.4 Análise dos dados

A MAJ foi utilizada para determinar o grau de implantação da assistência pós-parto e para identificar as evidências que explicam os diferentes Graus de Implantação. Foi composta por duas dimensões de análise, gestão e execução, desagregadas por três e sete subdimensões, respectivamente. Cada subdimensão tem uma pontuação máxima, distribuída entre os critérios/indicadores que a compõem (APÊNDICE D).

A proporção do somatório dos pontos observados (PO) nas dimensões/subdimensões em relação à pontuação esperada (PE), determinou o julgamento de valor para o grau de implantação: GI (grau de implantação) = $(\sum PO / \sum PE) \times 100$. As proporções foram estratificadas em quartis para a classificação do Grau de Implantação, conforme a Tabela 1:

Tabela 1: Pontos de corte para a classificação dos casos conforme os graus de implantação.

Pontos de corte	Grau de Implantação
76% a 100%	Implantação satisfatória
51% a 75%	Implantação parcial
26% a 50%	Implantação incipiente
abaixo de 26%	Implantação crítica

Fonte: Alves et al. (2010).

A análise dos dados se deu por meio da triangulação das fontes de evidências que fortalece a validade interna do estudo, pois verifica de forma contínua a confiabilidade e a interpretação das informações coletadas (STAKE, 2006; YIN, 2015).

A análise de cada Caso, para determinar o grau de implantação, foi feita por meio da análise temática, utilizando-se uma lista pré-definida de códigos (MILES; HUBERMAN; SALDAÑA, 2014) de acordo com a MAJ, com auxílio do *software* NVivo versão 11.

Para a análise imbricada (STAKE, 2006) realizou-se o exame minucioso das dimensões e subdimensões, verificando as convergências, divergências, aspectos favoráveis e desfavoráveis entre elas.

Para analisar a influência do contexto no grau de implantação utilizou-se a tipologia de análise de implantação proposta por Champagne et al. (2011). O grau de implantação da assistência pós-parto foi considerado “variável dependente” para analisar a influência dos

contextos externo (crenças da população relacionadas aos cuidados pós-parto; desigualdades de gênero; condições socioeconômicas e demográfica) e político-institucional do programa (organização da rede, políticas e programas de saúde, papel das esferas de governo) (CHAMPAGNE et al., 2011). Os determinantes externos e políticos-institucionais foram identificados previamente no Estudo de Avaliabilidade (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020), e após as entrevistas novos determinantes político-institucionais emergiram.

Os fatores de contexto dos casos analisados foram identificados por meio das entrevistas norteadas pela pergunta: Quais são os fatores que interferem na assistência às mulheres no pós-parto? Para complementar a identificação do contexto também foram utilizados documentos, prontuários e anotações em diário de campo.

Os dados foram analisados por meio da triangulação das distintas fontes de evidências por meio da análise temática e análise imbricada. A análise temática (MILES; HUBERMAN; SALDAÑA, 2014) foi realizada com base na teoria do programa (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020). Elaborou-se um quadro com resumo das principais fontes de evidências utilizadas em cada tema emergido da análise, a fim de orientar a análise (APÊNDICES F e G).

A análise imbricada foi utilizada para fazer as relações entre os fatores contextuais e o grau de implantação, apontando os aspectos favoráveis/desfavoráveis e convergências/divergências entre os casos, sendo enfatizados os principais achados de cada caso, realizado cruzamento desses achados e identificados os fatores para análise (STAKE, 2006).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do estudo foi respeitado o disposto na Resolução CNS 466/2012 que trata sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES H e I).

O estudo de avaliabilidade e o estudo de casos múltiplos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina por meio dos pareceres nº 2.814.988/2018 e 3.036.173/2018, respectivamente (ANEXOS C e D).

Para preservar a identidade dos participantes, os nomes foram substituídos pela primeira letra de seu grupo de participantes, seguido do número referente à sequência da entrevista (G = gestor; P = profissional da atenção primária; M = mulher).

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1: CUIDADO PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO AVALIATIVO

CUIDADO PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO AVALIATIVO¹

*POSTPARTUM CARE FOR WOMEN IN THE PRIMARY HEALTH: BUILDING AN
EVALUATION MODEL*

*CUIDADO POSPARTO A LAS MUJERES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA:
CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE EVALUACIÓN*

Tatiane Baratieri
Sonia Natal
Zulmira Maria de Araújo Hartz

RESUMO: A assistência pós-parto às mulheres na Atenção Primária à Saúde (APS) é importante para redução da morbimortalidade dessas, porém não há uma teoria dessa assistência claramente descrita e os estudos avaliativos são escassos. Este estudo objetivou desenvolver e sistematizar um modelo avaliativo da assistência às mulheres no pós-parto na APS, verificando sua avaliabilidade. Realizou-se um estudo de avaliabilidade por meio de revisão de literatura nacional e internacional, revisão de documentos nacionais e entrevistas com stakeholders. Tais evidências fundamentaram a elaboração do modelo avaliativo que foi validado em conferência de consenso. Utilizou-se análise temática para análise dos dados. O estudo elaborou a teoria do programa, em que a assistência pós-parto na APS precisa idealmente ocorrer de forma integral, conforme as necessidades de saúde física, psicológica, emocional e social; considerar a individualidade das mulheres com filhos vivos ou em situações de óbito fetal/infantil; iniciar no pré-natal e ter continuidade no pós-parto, com envolvimento das famílias/companheiros(as). A teoria do programa estabeleceu a contextualização e um desenho lógico do programa, com objetivo, metas, atividades, produtos, resultados e impacto, até então não sistematicamente explicitados na literatura e documentos. Verificou-se que a assistência pós-parto é avaliável por meio de uma análise de implantação e que a teoria do programa definida pode ser utilizada por diversos atores, tanto em nível nacional, quanto internacional, para implantar e/ou aprimorar a assistência integral às mulheres no pós-parto.

PALAVRAS-CHAVE: Período pós-parto; avaliação em saúde; saúde das mulheres; atenção primária à saúde.

¹ Artigo aceito para publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

O pós-parto é um período de intensas mudanças físicas, psicológicas e sociais para as mulheres, no qual a maioria delas sofre algum tipo de intercorrência, necessitando de auxílio da rede de apoio – serviços de saúde, comunidade, familiares entre outros - para superar os problemas¹. Assim, é fundamental uma assistência à saúde de qualidade, considerando que tais mudanças podem levar a agravos, resultando em morbidades temporárias ou permanentes, e mesmo em mortes¹⁻³, sendo essa uma temática que tem feito parte da agenda internacional de políticas públicas.

Os cuidados às mulheres no pós-parto podem ser definidos como práticas e avaliações de cuidados preventivos de rotina que são planejados para identificar, gerenciar ou encaminhar complicações maternas⁴. Tais cuidados, quando prestados por profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) impactam positivamente na saúde e qualidade vida das mulheres, com redução da morbimortalidade, aumento da satisfação dessas com o cuidado e melhora na autonomia das mesmas⁵⁻⁹.

Para a garantia de bons resultados à saúde das mulheres, faz-se necessário que a assistência pós-parto seja organizada de forma coerente e aplicável, com foco nas suas necessidades de saúde, proporcionando atenção integral e superação da visão das mulheres enquanto reprodutoras, arraigada nas políticas de saúde nacionais e internacionais^{6,10,11}.

A identificação da adequada operacionalização de uma política ou programa de saúde pode ser realizada por meio de uma avaliação, mas previamente ao processo avaliativo propriamente dito, é necessário conhecer a lógica do programa, assim como a teoria envolvida na sua elaboração¹².

Atualmente, estudos avaliativos da atenção pós-parto são escassos, e os existentes em geral tem foco normativo ou em programas específicos do períodos pós-parto, como programas de assistência à depressão pós-parto, ou programas de visita domiciliar¹³, ou seja, tais estudos não estabelecem a operacionalização do programa pós-parto e os aspectos que o envolvem para então proceder a avaliação.

Para suprir essas necessidades, o Estudo de Avaliabilidade (EA) tem sido utilizado no campo da avaliação em saúde, com crescimento nos últimos anos, tanto nacional como internacionalmente, por ser uma abordagem sistemática para o planejamento de projetos de avaliação, e tem se mostrado útil para melhorias de programas^{14,15}.

Esse tipo de estudo pode envolver a realização de uma pré-avaliação para determinar se um programa está pronto para ser avaliado, indicar aspectos para melhorias no programa,

melhorar o conhecimento sobre o programa, garantir que uma avaliação produza informações úteis, envolver os interessados na avaliação, esclarecer as metas de intervenção e como elas devem ser alcançadas, e elaborar, testar e refinar uma teoria de mudança acordada com interessados¹⁵⁻¹⁷, podendo ser utilizado em qualquer fase do programa, proporcionando aprofundamento no conhecimento sobre o funcionamento do mesmo^{16,17}.

Assim, a necessidade de realizar EA da assistência pós-parto justifica-se por: escassez de estudos que avaliem a assistência às mulheres no pós-parto para além de aspectos normativos ou de “recortes” do programa¹³; ser uma assistência ainda negligenciada pelas políticas públicas, serviços e profissionais de saúde⁷; elevada morbimortalidade das mulheres no período pós-parto^{4,6,7,10}; pela necessidade de conhecer a operacionalização da assistência pós-parto considerando a atenção integral às mulheres, superando o materno-infantilismo^{6,10,11,13}.

Frente ao exposto, objetivou-se desenvolver e sistematizar um modelo avaliativo da assistência às mulheres no pós-parto na APS, verificando a avaliabilidade.

MÉTODO

Trata-se de um EA de abordagem qualitativa, desenvolvido de novembro de 2016 a dezembro de 2018, seguindo os pressupostos de Thurston e Ramaliu¹⁸, Leviton¹⁷ e Trevisan e Walser¹⁶, teóricos amplamente utilizados na área da saúde e atendendo o rigor metodológico para esse tipo de estudo^{14,19}.

Para operacionalização do estudo realizou-se revisão de literatura¹⁶, análise documental¹⁶⁻¹⁸, e entrevista com *stakeholders* (interessados na avaliação), como parte do processo de envolvimento dos mesmos¹⁶⁻¹⁸. Estes participaram em todo o EA, desde a concepção da necessidade de avaliação, até a validação final do modelo avaliativo.

A revisão de literatura ocorreu por meio de uma revisão integrativa e uma revisão sistemática. A revisão integrativa de literatura, realizada de novembro de 2016 a março de 2017, abordou as ações de programas de atenção pós-parto no âmbito da APS, tanto em nível nacional, como internacional¹³. A revisão sistemática se deu entre os meses de abril de 2017 e fevereiro de 2018 e tratou de recomendações de diretrizes clínicas internacionais sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS²⁰.

Para análise documental¹⁶⁻¹⁸, ocorrida de março a julho de 2018, foram utilizados cinco documentos nacionais^{11,21-24} vigentes, que tratam da atenção pós-parto na APS, localizados junto à página da internet do Ministério da Saúde.

Quanto aos *stakeholders*, realizou-se entrevista semiestruturada, de agosto a outubro de 2018, com quatro mulheres representantes de movimento de mulheres, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e três profissionais com experiência na APS. Os participantes foram selecionados por sua reconhecida experiência acadêmica e/ou profissional na Região Sul do Brasil na área de saúde das mulheres, avaliação em saúde e/ou APS. As entrevistas foram realizadas em sala reservada, gravadas e transcritas na íntegra.

Para coleta dos dados na revisão de literatura, análise documental e entrevista foram utilizadas as questões-chave propostas por Bezerra, Cazarin e Alves²⁵, que auxiliam o delineamento de um programa (Quadro 1).

Quadro 1: Questões-chave para construção do modelo avaliativo da assistência às mulheres no pós-parto na APS e respectiva fonte de evidência. Região Sul/Brasil, 2018.

QUESTÕES-CHAVE	FONTES DE EVIDÊNCIAS						
	F*1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
1 Qual o problema visado pelo programa, pelos seus formuladores, executores ou agentes locais?	x	x	x	x	x		x
2 Qual o programa de saúde criado para resolver o problema?	x	x	x	x	x		x
3 Qual o objetivo geral do programa?	x	x	x		x		x
4 Quais são seus objetivos específicos?		x		x			x
5 Quais as metas que o programa pretende alcançar?	x						x
6 Qual é sua população-alvo?	x	x	x	x	x		x
7 Quais são os componentes do programa?	x				x		x
8 Que atividades são realizadas?	x	x	x	x	x	x	x
9 Quais as estruturas de que o programa precisa para funcionar?	x				x		x
10 Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades?		x					x
11 Quais os resultados que o programa pretende alcançar?							x
12 Quais os fatores que podem influenciar no alcance dos resultados, além dos relacionados ao programa?	x	x					x

*F: Fonte de evidências.

F1 – Revisão integrativa¹³; F2 - Revisão sistemática²⁰; F3 - Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres¹¹; F4 - Atenção ao Pré-natal de baixo risco - Caderno 32²²; F5 - Regulamentação Rede Cegonha^{21,24}; F6 – Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento²³; F7 – Entrevista com *stakeholders*.

Com base na revisão de literatura, análise documental e entrevista com *stakeholders* foram definidos os objetivos e metas da assistência pós-parto^{17,18} e realizada a modelização inicial do programa, ou seja, elaboração do Modelo Lógico do Programa (MLP) e do Modelo Teórico de Avaliação (MTA)¹⁶⁻¹⁸.

Para a validação dos objetivos/metasp, modelização do programa^{17,18}, pactuação da pergunta avaliativa e dos procedimentos de avaliação possíveis para o presente objeto¹⁷, foi utilizada a técnica de conferência de consenso^{17,18} junto a especialistas da área e *stakeholders*, de acordo com a metodologia de Conferência de Consenso proposta por Hartz, Souza e Silva²⁶.

Participaram da Conferência de Consenso duas representantes de organizações de mulheres, dois profissionais da APS, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e cinco especialistas em avaliação em saúde e saúde das mulheres.

Após validação do modelo avaliativo foram elaboradas as recomendações para o uso da EA^{16,17}.

A análise temática²⁷ foi aplicada para a análise do material da revisão de literatura, documentos e dados das entrevistas com *stakeholders*, de acordo com uma lista pré-definida de códigos proposta pelas autoras, buscando identificar os objetivos e metas, a operacionalização e os contextos que influenciam o programa. O *software* de análise *NVivo* versão 11 foi utilizado para facilitar a codificação dos dados das entrevistas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº 2.814.988/2018).

RESULTADOS

O presente modelo avaliativo tem como premissa a prestação do cuidado integral às mulheres no pós-parto, incluindo as mulheres com filhos nascidos vivo ou óbito fetal/infantil, pelo período e frequência de atendimento que as mesmas necessitarem. Os resultados do EA foram apresentados em três eixos temáticos sobre o modelo avaliativo e um tópico sobre o uso do EA.

Identificando o objetivo e metas

Verificou-se que apenas uma diretriz clínica, dentre as analisadas na revisão sistemática²⁰, trouxe de forma clara o objetivo da assistência pós-parto na APS, entendido como fornecer consistência de aconselhamento e apoio para a recuperação da gravidez e do nascimento, identificação precoce e gestão adequada das necessidades de saúde física e psicológica, emocional e social, e facilitar o início da vida familiar^{6,28}. As demais fontes de evidências apresentaram o objetivo de forma implícita no decorrer do material^{7,10}, corroborando com o documento do *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)^{6,28}, e acrescentaram questões como prestar atenção integral^{11,13} e humanizada^{21,24}.

Os *stakeholders* contribuíram para ratificar os objetivos encontrados na literatura/documentos, principalmente quanto a atenção integral, recuperação do parto,

orientações para aumentar autonomia das mulheres, e incluíram a questão do envolvimento da família/companheiros(as):

É ter garantida sua saúde, sua felicidade, seu bem-estar dentro das propostas de atenção integral [...] (stakeholder 3).

Fazer com essa mulher uma conversa no sentido de como que foi o parto, pra pessoa superar aquilo, para dar os próximos passos (stakeholder 1).

Acompanhar, orientar, mesmo que esteja bem, para ter conhecimento, empoderamento. Muitas vezes a mulher não sabe o que é normal, não sabe o que ela precisa ter cuidado (stakeholder 9).

[...] o companheiro(a) e família precisam ouvir as orientações também, pois a mulher sozinha não consegue mudar sua realidade, não consegue protagonizar mudanças (stakeholder 2).

Com base no exposto, o objetivo pactuado junto com *stakeholders* e especialistas em Conferência de Consenso foi: “prestar atenção integral por meio do aconselhamento e apoio para a recuperação da gravidez, parto e nascimento, continuidade do cuidado pré-natal, identificação oportuna de situações de risco e vulnerabilidade, e gestão das necessidades de saúde física, psicológica, emocional e social das mulheres, em conjunto com a família e/ou companheiros(as), além de facilitar a adaptação em família”.

Além disso, emergiu dos *stakeholders* a importância da assistência pós-parto para todas as mulheres, independente de terem filhos nascidos vivos ou não:

E não é só quando o bebê nasce vivo... e quando morre? A mulher precisa de atenção, de cuidados, teve um parto do mesmo jeito e ainda com um problema que é a morte do bebê. Mas as pessoas não entendem, dão uma semana de folga e pronto, não tem bebê, então tudo volta ao normal, mas não é assim, a mulher precisa de apoio, precisa se recuperar do parto e precisa de cuidado por causa da depressão (stakeholder 10).

Os documentos nacionais e as diretrizes internacionais²⁰ não estabelecem metas para a assistência pós-parto, e os *stakeholders* não conseguiram defini-las claramente, por vezes as confundiram com o objetivo do programa. Assim, as metas foram estabelecidas: com base nas principais necessidades das mulheres no pós-parto, identificadas junto aos *stakeholders* e documentos/literatura; fundamentadas em estudos sobre cada tema abordado; ajustadas e validadas em conferência de consenso, sendo definidas como:

1. Acompanhar e aconselhar 100% das mulheres no pós-parto, junto com companheiros(as) e famílias^{7,10,11};

2. Identificar no mínimo 80% de mulheres com sintomas físicos e/ou psicológicos, emocional e social e tratar/atender cada caso^{2,29,30};
3. Identificar no mínimo 10% de mulheres com sinais de violência doméstica no pós-parto, e prestar assistência qualificada³¹;
4. Identificar no mínimo 10% de mulheres com DPP (depressão pós-parto), e prestar assistência qualificada³²;
5. Reduzir para menos de 20% o número de mulheres com gravidez de repetição rápida³³;
6. Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo para 50% em crianças até 6 meses³⁴.

Contextualizando o programa

A contextualização do programa envolve a compreensão da teoria do programa em que são identificados fatores de contexto que podem influenciar o mesmo, localização de onde a assistência pós-parto está inserida no SUS, suas relações e os atores envolvidos. Esse entendimento orienta o modo como o programa idealmente funciona e pode ser representado por meio do Modelo Teórico de Avaliação (Figura 1).

Figura 1: Modelo Teórico de Avaliação da assistência às mulheres no pós-parto na APS, Região Sul/Brasil, 2018.



*APS: Atenção Primária à Saúde; PNAB: Política Nacional de Atenção Básica; PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

Identificaram-se distintos fatores contextuais que podem atuar sobre a assistência pós-parto, os quais se referem ao contexto externo (fatores socioeconômicos/demográficos) e político-institucional do programa.

Sobre o contexto externo, verificou-se que as crenças da população relacionadas aos cuidados pós-parto exigem dos profissionais compreensão e adaptação do cuidado. As concepções arraigadas tanto da população como de profissionais e gestores quanto às desigualdades de gênero podem levar a assistência reducionista ao papel das mulheres enquanto reprodutoras^{7,10,11,13,28,35}. As condições socioeconômicas e demográficas podem interferir na adesão às orientações e nas condições adequadas para os cuidados, considerando que, em geral, população de baixa renda tem acesso limitado aos bens de consumo e condições precárias de saneamento básico, moradia, entre outros⁷.

Os *stakeholders* contribuíram principalmente para reforçar questões de gênero presente tanto na prática profissional, quanto no convívio social das mulheres, e destacaram a influência das crenças da população sobre o pós-parto:

A saúde da mulher no pós-parto é negligenciada, não superamos o materno-infantilismo. A atenção à mulher se encerra com o nascimento da criança (stakeholder 4).

Os homens não têm maturidade, começa ter ciúme do filho, é uma loucura isso [...] e tem aquela ótica machista, que está na cabeça das mães, sogras, que ficam indignadas de ver o filho trocando fralda (stakeholder 3).

[...] tem bastante resistência do que pode, o que não pode ser feito, com relação a higienização da mulher, lavar o cabelo, a dieta alimentar, o resguardo [...] (stakeholder 5).

Sobre o contexto político-institucional, há necessidade da articulação entre as três esferas de governo^{11,21,24}. Os atributos da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), a garantia de direitos às mulheres, políticas e programas no âmbito da saúde das mulheres e APS, e a configuração do modelo de atenção à saúde são norteadores de todo o processo de assistência pós-parto^{6,10,11,13,28,36}.

Após parto, o cuidado às mulheres ocorre predominantemente na APS, a qual ser ordenadora do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, com horizontalidade nas relações entre os pontos de atenção, além da atuação conjunta com outros setores públicos e da sociedade, objetivando oferta de atenção contínua e integral^{7,10,11,13,21,24,28}.

A assistência às mulheres para o pós-parto inicia-se no pré-natal e deve ter continuidade durante o período pós-parto, com os profissionais atuando conforme as necessidades de saúde das mulheres e envolvimento das famílias/companheiros(as)^{7,10,11,13,28}.

Sobre o contexto político-institucional, os conteúdos mais presentes nas falas dos *stakeholders* foram em relação ao papel das esferas de governo, a atenção integral, articulação intersetorial e trabalho em rede:

O Ministério da Saúde tem que formular as políticas para as mulheres [...]. A gestão estadual presta apoio técnico e financeiro, fomenta-se a construção de espaços coletivos para a gestão da política de saúde das mulheres, e o município tem que apoiar diretamente as equipes (stakeholder 4).

A atenção integral deve orientar a assistência a essa mulher (stakeholder 10).

Tem que ter o serviço de referência e contrarreferência e também organizar aquelas rodas de conversa, acompanhadas por assistentes social, psicóloga ou feministas (stakeholder 3).

Operacionalizando o programa

Com a finalidade de demonstrar como o programa opera¹², foi elaborado o Modelo Lógico do Programa (MLP), representado graficamente pela Figura 2. O MLP é constituído por duas dimensões, “Gestão” e “Execução”, que possuem subdimensões com atividades específicas, a fim de constituir a lógica do programa na ótica da assistência integral às mulheres no pós-parto.

Figura 2: Modelo Lógico do Programa da assistência às mulheres no pós-parto na APS, Região Sul, Brasil, 2018.



*Para mulheres com recém-nascido vivo.

A partir das atividades resultam produtos, os quais decorrem da execução de uma ou mais atividades no âmbito das diferentes dimensões e subdimensões. Das atividades e produtos provém os resultados, que refletem o alcance das metas estabelecidas para a população alvo. Finalmente, o MLP apresenta o impacto, que se caracteriza como o alcance das metas na população geral^{11,13,20-22,24}.

A dimensão “Gestão” busca identificar as atividades e responsabilidades no âmbito da gestão municipal de saúde quanto a provisão de recursos (financeiros, humanos, materiais e físicos), qualificação dos profissionais e da assistência, e garantia de articulação na Rede de Atenção à Saúde, tendo a APS como ordenadora do cuidado, com a finalidade de viabilizar a assistência pós-parto de qualidade^{7,11,13,21,22,24}.

Os *stakeholders* destacaram principalmente a importância da gestão municipal saúde garantir recursos, qualificar profissionais e garantir trabalho intersetorial:

O município tem que dar as condições para que a atenção básica atenda essas mulheres, os recursos necessários. E também tem que preparar os profissionais, capacitar eles (stakeholder 12).

Instituir protocolos, que a gestão de cada município coloque isso como regra (assistência pós-parto), pra todas as unidades terem o mesmo padrão (stakeholder 6).

A gestão tem que pensar junto com a assistência social, em fortalecer a rede familiar. Tem que trabalhar na rede, se a mulher está num estado depressivo, precisando desse suporte, de repente também ser pensado nisso com os CRAS (stakeholder 1).

A dimensão “Execução” caracteriza-se pelo escopo de ações/atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS a fim de prestar atenção integral, considerando as necessidades de saúde e escolhas das mulheres, com envolvimento de companheiros(as) e/ou família. A assistência deve-se iniciar durante o pré-natal com elaboração do plano de cuidados pós-parto, e ter continuidade após o parto por meio de acesso oportuno e cuidado longitudinal, englobando ações quanto a saúde física, saúde mental, violência doméstica, planejamento reprodutivo e aleitamento materno^{11,13,20-22,24}

Sobre a referida dimensão, os *stakeholders* reforçaram o disposto na literatura/documentos, com ênfase ao acompanhamento, saúde mental, saúde sexual e violência:

Fazer a consulta pós-parto e a visita domiciliar. Eu não posso colocar em protocolo, você vai voltar daqui 15 dias, daqui um mês, não posso, porque vai depender do contexto dela (stakeholder 5).

Tem a questão psicológica, da depressão pós-parto que a gente precisa estar atenta, precisa ser atendida, ser explicada (stakeholder 8).

São poucos profissionais que trabalham a sexualidade. Ela vai estar insegura, vai ter alterações hormonais, ela tem que ser orientada, preparada (stakeholder 7).

Trabalhar a violência sexual, por exemplo, a mulher acha que é normal ser pressionada pelo companheiro para manter relações sexuais (stakeholder 2).

Propondo recomendações para o uso do EA

O EA elaborou o desenho da intervenção que inclui objetivos, ações e metas não sistematizadas na literatura, em conjunto com todos os envolvidos no processo. Foi útil especialmente para os *stakeholders*, oportunizando aprimorar a compreensão a respeito do programa, o que pode ter estimulado a reflexão sobre este e lhes auxiliar a protagonizar mudanças em sua realidade.

Estabeleceu que é possível avaliar a assistência pós-parto na APS e orientou decisões sobre o processo avaliativo. Definiu-se, em conjunto com *stakeholders* e especialistas, que o melhor tipo de avaliação é de implantação, a fim de identificar as ações realizadas, as potencialidades, lacunas e contextos que influenciam o programa para propor melhorias e modificações, otimizando o alcance dos resultados esperados. Para tanto, foi pactuada, em Conferência de Consenso, a pergunta avaliativa: Como está implantada a assistência às mulheres durante o pós-parto na APS?

A realização de estudos de caso em municípios de diferentes contextos apresenta-se como uma opção metodológica plausível para avaliação de implantação.

O modelo avaliativo poderá ser utilizado por gestores, profissionais, mulheres e demais interessados para elaborar políticas na área, compreender o funcionamento do programa, refletir sobre e qualificar a atenção pós-parto.

Tem o potencial para ser replicado, tanto em nível nacional, quanto internacional, já que sua formulação considerou o contexto e operacionalização da atenção pós-parto com base em literatura/documentos nacionais e internacionais, necessitando ajustes do modelo de acordo com a realidade.

DISCUSSÃO

Na ausência de uma teoria explícita e de uma organização claramente descrita da assistência pós-parto, foi fundamental desenvolver um modelo avaliativo para sua compreensão e melhoria¹². A construção do referido modelo está alinhada à concepção da Teoria da Mudança, a qual fornece uma descrição abrangente de como e por que uma mudança desejada se destina a acontecer, mapeando todas as etapas necessárias para atingir metas de longo prazo, e é uma ferramenta útil para acompanhar o progresso em direção a metas específicas³⁷.

O problema em questão é que o pós-parto é permeado por alterações psicológicas, físicas, sociais e econômicas^{6,7,10,11,13,28}, que podem levar a morbimortalidade das mulheres^{6,7,10,11,13,21,22,24}, sendo fundamental o cuidado pelos profissionais da APS, baseado nas necessidades e preferências das mulheres^{13,20}.

A análise documental permitiu definir claramente o objetivo do programa, que foi ratificado pelos *stakeholders*, e apresentou coerência com as atividades desenvolvidas na assistência pós-parto. A convergência quanto aos objetivos do programa é primordial para sua operacionalização lógica, o que leva ao alcance dos resultados esperados^{16,18}.

A principal debilidade encontrada no programa foi a falta de definição de metas, tanto pelos *stakeholders* como pela literatura/documentos. As metas devem ser específicas, mensuráveis, alcançáveis e relevantes¹⁸, e portanto, sob essa perspectiva, foram construídas – considerando as principais necessidades das mulheres - e pactuadas em Conferência de Consenso, podendo ser modificadas e/ou ampliadas de acordo com cada realidade.

Para atingir as metas é necessário a compreensão sobre o programa^{15,38}. Assim, o MTA é um sistema hipotético-dedutivo que representa a teoria do objeto, explicitando como o mesmo idealmente funciona¹². Sua construção demandou o entendimento de que a APS é a ordenadora do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde, deve atuar de forma articulada com outros pontos da rede e setores da sociedade^{7,10,11,13,21,24,28}, e atua junto às mulheres desde o pré-natal, com elaboração do plano pós-parto^{1,20}.

No MTA, a delimitação dos contextos externo e político-institucional foi realizada com base na literatura/documentos e ratificada pelos *stakeholders* e especialistas, evidenciando que há uma compreensão clara sobre onde o programa está inserido, e os aspectos que o envolvem, o que facilita sua implantação.

Para que ocorram as mudanças necessárias no programa, viabilizando atingir seus objetivos e metas, deve haver uma conexão entre atividades e resultados^{15,38}. Desse modo, o MLP apresentou a operacionalização da assistência pós-parto na APS, e constituiu-se por duas dimensões. A dimensão “gestão” contempla aspectos essenciais para efetivação do programa, já que demanda diversas ações no âmbito da organização do sistema de saúde municipal para que os profissionais da APS tenham condições de prestar assistência pós-parto de qualidade^{7,11,13,21,22,24}.

A dimensão “execução” apresenta o rol de ações a serem desempenhadas no âmbito da APS para prestar a assistência integral às mulheres no pós-parto.

Os documentos nacionais apresentaram fragilidade quanto à operacionalização da assistência pós-parto às mulheres. A Rede Cegonha^{21,24}, estratégia atual utilizada para atenção obstétrica e neonatal destaca poucas ações de cuidado para as mulheres, tendo como foco a criança. Recebe críticas pois considerando o próprio nome, “dessexualiza” a reprodução, dá ênfase ao conceito, desvincula a atenção ao parto e nascimento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), e faz um reforço ao materno-infantilismo ao delimitar as prioridades³⁹.

O protocolo de atenção básica para saúde das mulheres¹¹ tem a perspectiva da atenção integral, porém descreve as atividades de forma genérica, sem especificar e detalhar com clareza como devem ser seguidas as recomendações, e não traz as evidências científicas que as embasaram. Assim, a fundamentação teórica utilizada para delimitar as ações na assistência pós-parto se deu principalmente por meio da revisão sistemática de diretrizes clínicas internacionais²⁰ e revisão integrativa¹³.

Os *stakeholders* ratificaram o disposto pela literatura/documentos e foram essenciais para definir as ações quanto a violência doméstica e saúde sexual, já que são temas evidenciados pela literatura como temas importantes do pós-parto^{29,31}, porém pouco enfatizados em diretrizes clínicas, e no caso da saúde sexual, há foco na contracepção^{11,20}. Os *stakeholders* deram ênfase a atenção à saúde mental, a qual é recomendada por diretrizes clínicas baseadas em alto nível de evidências científicas²⁰, porém negligenciada pelos profissionais da APS, especialmente no Brasil¹³.

O envolvimento de múltiplos *stakeholders*, é fundamental para definir a Teoria da Mudança do programa, já que os interessados podem ter opiniões diferentes sobre qual é a mudança desejada, porque ela é desejada e como pode e deve acontecer. Assim, o compartilhamento das visões melhora a definição do programa, minimiza conflitos e define papéis³⁸.

Após desenvolver a teoria do programa por meio do EA, a efetividade deste se dá por meio do seu uso, que é direcionado por meio das conclusões, recomendações e direcionamentos baseados nas recomendações¹⁶. O presente EA foi útil considerando que os *stakeholders* demonstraram interesse em compreender o programa e em sua avaliação, e a Conferência de Consenso permitiu direcionar essas estratégias e definir a análise de implantação como uma possibilidade. Esse tipo de avaliação permite evidenciar o quanto o programa está operacionalizado, ou seja, as intervenções realizadas, déficits entre o planejado e o executado, além de permitir a análise das possíveis influências do contexto no grau de implantação, e do grau de implantação nos efeitos¹².

O envolvimento de *stakeholders* com experiência prévia sobre o objeto no âmbito da gestão em saúde, assistência e participação social foi imprescindível para construir um modelo claro e ideal de assistência pós-parto. Por serem pessoas interessadas no programa, sua participação contribuiu para que o estudo seja executado plenamente, haja concordância com os critérios de avaliação, garantia de maior confiabilidade dos dados, aumento do uso da avaliação e do potencial de aprimoramento do programa desde o início do processo^{18,19}.

Nessa direção, consideram-se os pressupostos da Teoria da Mudança, a qual implica no envolvimento das partes interessadas em todo o processo, viabilizando as mudanças necessárias para atingir as metas do programa^{37,38}.

Os *stakeholders* foram essenciais para definir que a assistência pós-parto deve ocorrer de forma integral para mulheres com filhos vivos ou em situações de óbito fetal/infantil, considerando as necessidades específicas de cada mulher. Em geral, as diretrizes clínicas tratam do período pós-parto como uma fase crítica para mulheres e bebês, e direcionam as ações para o binômio mãe-filho, sem esclarecer sobre os cuidados às mulheres que não estejam com o recém-nascido^{1,11,20}.

Um EA é uma ferramenta de tomada de decisão, por isso é importante apresentar um conjunto claro de recomendações, com base nos objetivos da intervenção identificados através da teoria da mudança¹⁵. Os resultados do EA podem ser usados para direcionar um plano de avaliação, ou para determinar estratégias para facilitar a avaliabilidade, tal como ajustar os resultados do programa, modificar o programa, monitorar implementação, ou providenciar assistência técnica para facilitar a melhoria de implementação em áreas específicas¹⁶. Assim, no presente estudo, foram apresentadas diversas estratégias de possíveis usos do modelo avaliativo construído, o qual foi validado em conjunto com os *stakeholders*, potencializando seu uso para as mudanças pretendidas¹⁵.

O modelo avaliativo construído não tem o intuito de negligenciar os cuidados aos bebês, mas sim dar ênfase às necessidades e cuidados pós-parto às mulheres, protagonizando-as, já que a atenção pós-parto, tanto nacional como internacional, ainda tem foco nos recém-nascidos com nulidade das mulheres^{13,20}. Com isso, pretende-se fomentar a mudança de foco da atenção pós-parto, da mulher reprodutora para a atenção integral às mulheres³⁸.

Como limitações o estudo foi elaborado a partir de demanda acadêmica, que, pode apresentar menor uso quando comparado a estudos sob demanda institucional. Para superar esse aspecto, os *stakeholders* foram envolvidos em todo o processo de EA, o que pode contribuir para o uso dele. Buscou-se envolver *stakeholders* da gestão, assistência e da sociedade civil,

porém todos da região sul do Brasil, por questões de operacionalização do estudo, o que pode ter deixado de contemplar aspectos de outras realidades. Essa limitação foi minimizada pela ampla revisão de literatura e uso de documentos nacionais e internacionais, em que as contribuições dos *stakeholders* mantiveram alinhamento.

A principal potencialidade foi o uso de diferentes estratégias para garantir a validade e confiabilidade dos resultados, como o uso de referencial teórico adequado para um EA, diferentes fontes de evidências (entrevistas, análise documental, revisão de literatura) e a Conferência de Consenso^{14,19}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo elaborou a teoria do programa, estabelecendo a contextualização e um desenho lógico do programa, com objetivo, metas, atividades, produtos, resultados e impacto, até então não sistematicamente explicitados na literatura e documentos sobre o tema, de acordo com a perspectiva dos *stakeholders*. Considerando sua compreensão e operacionalização lógica, foi possível determinar a avaliabilidade do programa.

O enfoque do EA foi na formulação de um modelo orientado para a assistência integral à saúde das mulheres no pós-parto, tendo importante contribuição para fomentar a superação da visão materno-infantil, em geral, arraigada nos cuidados pós-parto.

A participação dos *stakeholders* em todo EA, tem o potencial para ampliar seu conhecimento sobre o programa e mudar sua realidade. A teoria do programa definida por este estudo pode ser utilizada por diversos atores, tanto em nível nacional, quanto internacional, para implantar e/ou aprimorar a assistência pós-parto, implicando nas mudanças necessárias para atingir as metas do programa.

REFERÊNCIAS

1. ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Postpartum Care: Acog committee opinion. 2018;131(728):35–42.
2. Wilkie S, Crawley R, Button S, Thornton A, Ayers S. Assessing physical symptoms during the postpartum period: reliability and validity of the primary health questionnaire somatic symptom subscale (PHQ-15). J Psychosom Obstet Gynecol. 2018 [cited 2019 Fev. 14];39(1):56–63. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2017.1289167>.
3. Ayers S, Crawley R, Button S, Thornton A, Field AP, Flood C, et al. Evaluation of expressive

- writing for postpartum health: a randomised controlled trial. *J Behav Med.* 2018 [cited 2019 Jan. 30];41:614–26. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9970-3>
4. Langlois É V, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan. 21];93:259–70. Available at: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140996>
 5. Kleppel L, Suplee PD, Stuebe AM, Bingham D. National Initiatives to Improve Systems for Postpartum Care. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 [2019 Jan. 21];20:66–70. Available at: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-016-2171-1>
 6. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
 7. WHO. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
 8. Robling M, Bekkers MJ, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet.* 2016;387(10014):146–55.
 9. Brodribb W, Zadoroznyj M, Nesic M, Kruske S, Miller YD. Beyond the hospital door: a retrospective, cohort study of associations between birthing in the public or private sector and women’s postpartum care. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb. 5];15(14):1–11. Available at: www.qcmb.org.au/overview_of_the_survey_program#1.
 10. Espanha. Grupo de trabalho de la Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.; 2014.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p.
 12. Hartz ZM de A, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
 13. Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: Uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet.* 2018 [citado 7 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acoes-do-programa-de-puerperio-na->

atencao-primaria-uma-revisao-integrativa/16743?id=16743

14. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, Lacerda JT. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2019;43(120):231–46.
15. Craig P, Campbell M. *Evaluability Assessment : a systematic approach to deciding whether and how to evaluate programmes and policies*. Scotland: What Works Scotland; 2015 [cited 2018 Jan. 20]. 15 p. Available at: <http://whatworksscotland.ac.uk/wp-content/uploads/2015/07/WWS-Evaluability-Assessment-Working-paper-final-June-2015.pdf>
16. Trevisan MS, Walser TM. *Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use*. Publications, SAGE; 2015.
17. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. *Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices*. *Annu Rev Public Health*. 2010;31(1):213–33.
18. Thurston WE, Ramaliu A. *Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned*. *Can J Progr Eval*. 2005;20(2):1–25.
19. Walser TM, Trevisan MS. *Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and*
1. Walser TM, Trevisan MS. *Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and Recommendat*. *Am J Eval*. 2016;37(1):118–38.
20. Baratieri T, Soares LG, Kappel EP, Natal S, Lacerda JT de. *Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: revisão sistemática*. *Rev APS*. 2019;(no prelo).
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. 318 p.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 465 p.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. 2011 [citado 25 de abril de 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html
25. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKAA. *Modelagem de programas: da teoria à operacionalização*. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65–78.
26. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZM de A. *Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil*. In: Hartz ZM de A, Silva LMV,

- organizadores. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65–102.
27. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. 3^o ed. Califórnia: SAGE Publications, Inc. Arizona State University.; 2014. 341 p.
28. NCCPC. National Collaborating Centre for Primary Care. Postnatal Care: routine postnatal care of women and their babies [Internet]. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2006 [citado 24 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834192>
29. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth*. 2015;42(4):354–61.
30. Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(7):815–28.
31. Moraes CL de, Oliveira AG e S de, Reichenheim ME, Gama SGN da, Leal M do C. Prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017 [citado 21 de janeiro de 2019];33(8):1–13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805006&lng=pt&tlng=pt
32. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. dezembro de 2011 [citado 26 de fevereiro de 2019];11(4):369–79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400003&lng=pt&tlng=pt
33. Albuquerque AP dos S, Pitanguí ACR, Rodrigues PMG, Araújo RC. Prevalência da gravidez de repetição rápida e fatores associados em adolescentes de Caruaru, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern*. 2017 [citado 26 de fevereiro de 2019];17(2):355–63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000200008>
34. WHO. World Health Organization. Global Targets 2025 [Internet]. WHO. World Health Organization; 2018 [citado 26 de fevereiro de 2019]. Available at: <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>
35. FSRH. Faculty of Sexual and Reproductive Health. Contraception after pregnancy. Faculty of Sexual and Reproductive Health; 2017 [cited 2017 Nov. 4]. Available at:

<https://www.fsrh.org/news/new-fsrh-guideline--contraception-after-pregnancy/>

36. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. National Institute for Health and Care Excellence; 2015 [cited 2017 Nov. 4]. Available at: nice.org.uk/guidance/cg192
37. Vogel I. Review of the use of “Theory of Change” in international development Review Report. 2012 [cited 2019 Apr. 23]. Available at: www.isabelvogel.co.uk
38. van Es M, Guijt I, Vogel I. Theory of change thinking in practice: A stepwise approach. Netherlands: Hivos ToC Guidelines; 2015. 120 p.
39. Aquino EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Suppl 1:S8–10.

4.2 ARTIGO 2 - IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUL DO BRASIL

IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUL DO BRASIL²

Tatiane Baratieri

Sonia Natal

RESUMO

Objetivo: Determinar o grau de implantação da assistência às mulheres no pós-parto na atenção primária. **Método:** Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação realizada por meio de estudo de casos múltiplos em três municípios dos Estados do Sul do Brasil, com coleta de dados primários e secundários. O grau de implantação foi determinado pela Matriz de Análise e Julgamento composta pelas dimensões gestão e execução e suas subdimensões. A análise se deu por meio de análise temática e análise imbricada dos casos. **Resultados:** A assistência pós-parto estava com implantação incipiente na dimensão gestão para todos os Casos, com melhor implantação para a subdimensão “mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade” (parcial). Na dimensão execução o Caso 3 estava com implantação parcial, e os demais estavam incipientes. A subdimensões aleitamento materno e saúde física tiveram melhor implantação em todos os casos, sendo que a assistência a violência doméstica e saúde mental ocorrem de forma assistemática, e o planejamento reprodutivo tem foco em métodos contraceptivos hormonais. **Considerações finais:** As mulheres não recebem assistência integral no pós-parto. A gestão não oportuniza as condições ideais para atuação dos profissionais da atenção sendo que na dimensão execução não são incorporadas as principais necessidades de saúde das mulheres na prática assistencial.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; período pós-parto; saúde das mulheres; avaliação em saúde.

INTRODUÇÃO

Em 2017, ocorreram 295000 mortes maternas em todo o mundo, correspondendo a 211 óbitos a cada 100000 nascidos vivos. Nas Américas essa taxa foi de 57 e no Brasil de 60 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos, destas, a maioria ocorreu nos primeiros 42 dias após o parto¹.

Além da mortalidade, o pós-parto é um período crítico na vida das mulheres, pois elas vivenciam diversas alterações físicas, emocionais e sociais, sendo que a maioria delas passa por alguma situação como hemorragia, infecção, dores (abdominal, perineal e costas), cefaleia, tromboembolismo, complicações do trato urinário, dificuldades para amamentar, conflitos

² Esse artigo segue as normas da Revista de Saúde Pública.

familiares, violência doméstica, problemas sexuais, e de saúde mental, como depressão pós-parto²⁻⁴.

Tais problemas podem ser de transição curta ou persistirem por anos após o parto, de modo que quanto mais precoce for a assistência às necessidades das mulheres, menor será a ocorrência desses problemas, assim como terão resolução mais rápida^{5,6}.

A redução da morbimortalidade materna depende da garantia de acesso a cuidados de qualidade durante o pré-natal, parto e pós-parto¹, entretanto, em geral, os cuidados pós-parto são negligenciados por profissionais de saúde e instituições⁷.

A Atenção Primária à Saúde (APS), por ser principal responsável pelo acompanhamento pós-parto, estar mais próxima às mulheres, ser a porta de entrada prioritária do sistema de saúde e ordenadora da rede de atenção à saúde deve ter as condições ideais para prestar essa assistência com qualidade^{2,7,8}.

Para tanto, é preciso integrar a APS aos demais pontos da rede de atenção à saúde⁹, sendo a gestão municipal de saúde a principal responsável por essa organização, viabilizando que os profissionais da APS prestem um cuidado integral, extrapolando a atenção materno-infantil, arraigada na assistência e nas políticas de saúde nacionais e internacionais^{2,10}.

A compreensão do funcionamento da gestão municipal de saúde e das ações desenvolvidas às mulheres na APS é fundamental para identificar o quanto a assistência pós-parto está operacionalizada, e isso é possível por meio de uma análise de implantação¹¹.

Nessa direção, o presente estudo se trata de uma análise de implantação justificada por: escassez de estudos avaliativos para além de aspectos normativos e assistenciais, ou de “recortes” do programa¹²; ser uma assistência ainda negligenciada pelas políticas públicas, serviços e profissionais de saúde⁷; elevada morbimortalidade das mulheres no pós-parto²⁻⁴; e necessidade de identificar a operacionalização da assistência pós-parto, indicando seus aspectos favoráveis e desfavoráveis, o que permite aprimorar o programa.

Frente a esse contexto, objetivou-se determinar o grau de implantação da assistência às mulheres no pós-parto na APS em três municípios da região sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, realizada de fevereiro a junho de 2019, com abordagem quantitativa e qualitativa. Desenvolveu-se por meio de um estudo de Casos múltiplos^{13,14} respondendo a seguinte questão de pesquisa: Como está implantada a assistência às mulheres no pós-parto na APS?

Os Casos selecionados foram um município de cada estado da Região Sul do Brasil, sendo denominados Caso 1, Caso 2 e Caso 3, conforme os seguintes critérios de inclusão: mais de 100.000 habitantes por, em sua maioria, apresentarem características favoráveis para a gestão em saúde¹⁵; cobertura de APS maior do que 80%; mais de 80% das equipes de saúde inscritas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); mais de 80% das equipes com avaliação “ótimo”, “muito bom” e “bom” no PMAQ. Quando mais de um município atingiu os critérios de inclusão, solicitou-se aos profissionais da área técnica de APS e saúde das mulheres, das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, para escolha do melhor Caso.

As unidades de análise foram a gestão municipal de saúde e uma equipe de saúde da família de cada município. Solicitou-se à gestão municipal de saúde a indicação de uma equipe de saúde da família com APS considerada exemplar, dentre aquelas com avaliação “ótimo” e “muito bom” no PMAQ.

Os informantes foram profissionais da gestão municipal, profissionais das equipes de APS e puérperas das unidades de análise selecionadas. Foram selecionados profissionais da gestão municipal da área de saúde da mulher e APS e profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico/auxiliar em enfermagem e agente comunitário de saúde), com mais de um ano de atuação no mesmo local de trabalho. Excluíram-se profissionais de férias ou licença. Sobre as puérperas, selecionaram-se mulheres que realizaram pelo menos uma consulta puerperal até 42 dias, e que estivessem com no máximo seis meses pós-parto, para reduzir viés de memória sobre a assistência recebida. Realizou-se o levantamento das mulheres elegíveis, e posterior sorteio aleatório, sendo entrevistadas até ocorrência da saturação dos dados.

Participaram do estudo seis gestores (1 Caso 1; 3 Caso 2; 2 Caso 3), quatro médicos (1 Caso 1; 1 Caso 2; 2 Caso 3), 4 enfermeiros (1 Caso 1; 1 Caso 2; 2 Caso 3), dois técnicos em enfermagem (1 Caso 1, 1 Caso 2), 18 agentes comunitários de saúde (6 Caso 1; 9 Caso 2; 3 Caso 3) e 31 puérperas (10 Caso 1, 11 Caso 2 e 10 Caso 3). Foi excluído um técnico em enfermagem que estava de férias, seis puérperas se recusaram a participar e três não foi possível contato.

Foram coletados dados primários e secundários. A coleta de dados primários se deu por meio de entrevista dos informantes selecionados, em cada unidade de análise, com roteiro semiestruturado. As entrevistas foram agendadas junto aos profissionais em seus respectivos ambientes de trabalho e, as mulheres escolheram a unidade de saúde ou o domicílio. Os dados

secundários foram coletados por meio de análise de prontuários das puérperas selecionadas, análise documental (documentos municipais: Programação Anual de Saúde, protocolos, normas técnicas etc.), microdados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ, e sistemas de informação do Departamento de Informática do SUS. Os instrumentos de coleta foram elaborados a partir da teoria do programa de assistência pós-parto às mulheres na APS¹⁶. Realizou-se um estudo de Caso piloto junto a um município que não fez parte do estudo¹³.

Foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), composta por dimensões e subdimensões, definidas por meio da Teoria do Programa¹⁶ e validada por meio da técnica de conferência de consenso¹¹ junto a especialistas da área e *stakeholders* (interessados na avaliação) sendo: quatro mulheres representantes de movimento de mulheres, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do PR, SC e RS e três profissionais com experiência na assistência na APS.

A MAJ foi utilizada para determinar o grau de implantação da assistência pós-parto e para identificar os fatores que explicam os diferentes Graus de Implantação. Foi composta por duas dimensões de análise, gestão e execução, desagregadas por três e sete subdimensões, respectivamente. Cada subdimensão tem uma pontuação máxima, distribuída entre os critérios/indicadores que a compõem.

A proporção do somatório dos pontos observados (PO) nas dimensões/subdimensões em relação à pontuação esperada (PE), determinou o julgamento de valor para o grau de implantação: GI (grau de implantação) = $(\sum PO / \sum PE) \times 100$. As proporções foram estratificadas em quartis para a classificação do Grau de Implantação, a saber: implantação satisfatória (76% a 100%); implantação parcial (51% a 75%); implantação incipiente (26% a 50%); e implantação crítica (abaixo de 26%)¹⁷.

A análise simples dos Casos foi feita por meio da análise temática¹⁸ com triangulação dos dados de distintas fontes de evidências^{13,14}, utilizando-se uma lista pré-definida de códigos¹⁸ de acordo com a MAJ, com auxílio do *software NVivo* versão 11.

Para a análise imbricada¹⁴, realizou-se o exame minucioso das dimensões e subdimensões, verificando as convergências, divergências, aspectos favoráveis e desfavoráveis entre elas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº 3.036.173/2018).

RESULTADOS

Os resultados mostram que a assistência pós-parto estava com implantação incipiente na dimensão gestão para todos os Casos. Na dimensão execução o Caso 3 estava com implantação parcial (57%), enquanto os demais estavam com implantação incipiente (Tabela 1).

Tabela 1: Grau de implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019.

Dimensão	Caso 1		Caso 2		Caso 3		
	PE* (%)	PO*	GI* (%)	PO	GI (%)	PO	GI (%)
Gestão	30 (100)	11,5	38,3	15,0	50,0	11,0	36,7
Execução	35 (100)	13,8	39,6	9,9	28,4	19,9	57,0

*PE: pontuação esperada; PO: pontuação observada; GI: grau de implantação.

A Tabela 2 apresenta a MAJ da dimensão gestão e suas respectivas subdimensões.

Na subdimensão “Recursos financeiros, materiais e físicos” houve implantação crítica para o Caso 2 e implantação incipiente para os demais. As principais fragilidades estão na falta de programação de ações às mulheres no pós-parto; indisponibilidade de contraceptivos nas unidades de saúde, principalmente por não fazer inserção de dispositivo intrauterino na APS; inadequação de espaço físico, referente a falta de espaço para atividade educativa e espaços adequados e equipamentos para pessoas com deficiência.

O Caso 2 teve melhor avaliação na dimensão “Recursos humanos” (60%), classificada como implantação parcial. Os Casos 1 e 3 tiveram implantação crítica (10%) e incipiente (30%), respectivamente. Em nenhum Caso os profissionais passaram por atualizações sobre pós-parto.

A assistência pós-parto estava parcialmente implantada na subdimensão “Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade” para todos os Casos, que apresentaram mecanismos de referência e contrarreferência, acesso da puérpera a outros pontos de atenção, apoio de especialistas aos profissionais da APS e participação do gestor em reuniões da Comissão Intergestora Regional. As principais fragilidades foram o acesso a laqueadura tubária e vasectomia em tempo oportuno, acesso ao psiquiatra e articulação intersetorial.

Tabela 2: Matriz de análise e julgamento da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária: dimensão gestão e suas subdimensões em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019.

Sub dimensão	Critério ou indicador	PE*	PO* Caso 1	PO Caso 2	PO Caso 3
Recursos financeiros, materiais e físicos (10 pontos)	Ações para saúde das mulheres no pós-parto contemplados na Programação Anual de Saúde e executadas no último ano	2	0	0	0
	Execução do recurso de repasse estadual e federal destinado a APS no último ano.	2	2	0	2
	Disponibilidade de equipamentos essenciais nas UBSs	1	0	1	0
	Disponibilidade de contraceptivos nas UBSs	1	0	0	0
	Disponibilidade de medicamentos essenciais para puérperas nas UBSs	1	1	0	0
	Disponibilidade de materiais para coleta de citopatológico e exame ginecológico em puérperas nas UBSs	1	1	1	1
	Adequação de espaço físico: espaços adequados para espera, atendimento clínico e educativo	1	0	0	0
	Adequação de espaço físico: espaços adequados para pessoas com deficiência	1	0	0	0
		GI* = ($\Sigma PO/\Sigma PE \cdot 100$)	100%	40%	20%
Recursos humanos (10 pontos)	Cobertura de atenção primária	2	1	2	1
	Equipes de Estratégia Saúde da Família	2	0	2	0
	Qualificação profissional: Profissionais (médicos e enfermeiros) que participaram de cursos/reuniões/ações educativas de atualização sobre saúde das mulheres no último ano	2	0	1	2
	Qualificação profissional: Profissionais (médicos e enfermeiros) que participaram de cursos/reuniões/ações educativas de atualização sobre atenção pós-parto no último ano	2	0	0	0
	Protocolo e/ou diretrizes clínicas para atenção à saúde das mulheres que incluam atenção pós-parto implantados formalmente e disponíveis para uso dos profissionais de saúde	2	0	1	0
	GI = ($\Sigma PO/\Sigma PE \cdot 100$)	100%	10%	60%	30%
Mecanismos para coordenação do cuidado e intersectorialidade (10 pontos)	Existência de mecanismos de referência e contrarreferência entre os diferentes pontos de atenção	1	1	1	1
	Monitoramento de indicadores sobre a assistência pós-parto	1	1	0	0
	Agendamento da primeira consulta pós-parto	2	1	2	1
	Acesso da puérpera a outros pontos de atenção (quando necessário) disponível e facilitado (Centro de Atenção Psicossocial/Hospital/Unidades de Pronto Atendimento) por meio de rede e fluxos formalizados	1	1	1	1
	Acesso a serviço de referência para realização de laqueadura tubária e vasectomia em tempo oportuno (60 dias)	1	0	0	0
	Atenção especializada: As equipes de AB recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de Casos considerados complexos	1	1	1	1
	Atenção especializada: Acesso a especialista psiquiatra em tempo oportuno - menos de 30 dias	1	0	0,5	0
	Assiduidade do gestor ou seu representante nas reuniões da Comissão Intergestora Regional no último ano	1	1	1	1
	Atuação articulada da APS com outros setores da sociedade por meio de rede e fluxos formalizados/implantados	1	0,5	0,5	0
		GI = ($\Sigma PO/\Sigma PE \cdot 100$)	100%	65%	70%

Fonte: Elaborado pelas autoras.

*PE: pontuação esperada; PO: pontuação observada; GI: grau de implantação.

No Quadro 1 são apresentadas as especificidades de cada Caso analisado em relação aos aspectos favoráveis e desfavoráveis da implantação da assistência pós-parto na dimensão gestão.

Quadro 1: Semelhanças e diferenças entre os aspectos favoráveis e desfavoráveis à implantação da assistência pós-parto: dimensão gestão em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019.

Caso(s)	Aspectos favoráveis	Aspectos desfavoráveis
1, 2 e 3	Disponibilidade de materiais; Mecanismos de referência e contrarreferência institucionalizados; Acesso a outros pontos de atenção; Apoio matricial; Participação do gestor em reuniões da Comissão Intergestora Regional.	Falta programação de ações para mulheres no pós-parto; Inadequação do espaço físico; Falta de equipamentos essenciais para atender mulheres obesas; Falta de acesso em tempo oportuno a métodos contraceptivos de longa permanência; Falta qualificação profissional para o tema pós-parto;
1 e 2	Articulação com assistência social para Casos específicos;	Falta de educação permanente.
1 e 3	Execução integral dos recursos de repasse estadual e federal;	Baixa cobertura de ESF; Falta de protocolo clínico para atenção pós-parto; Falta acesso ao psiquiatra em tempo oportuno;
2 e 3	-	Falta de monitoramento de indicadores pós-parto;
1	Gestão tem bons registros, conhece e trabalha com base no monitoramento de indicadores pós-parto;	-
2	Disponibilidade de equipamentos essenciais; Boa cobertura de ESF; Protocolo clínico de atenção pós-parto para enfermagem; Mulheres saem da maternidade com consulta pós-parto agendada; Acesso ao psiquiatra em menos de 60 dias;	Execução parcial dos recursos de repasse estadual e federal; Falta de antibióticos;
3	Estímulo a qualificação profissional (educação permanente);	Falta de medicamentos; Falta de articulação formalizada com assistência social.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A Tabela 3 apresenta a MAJ da dimensão execução e suas respectivas subdimensões.

A subdimensão “longitudinalidade” teve implantação crítica para os Casos 1 e 2, e incipiente para o Caso 3. As principais fragilidades dos três Casos foram em relação a falta de: uso de protocolos clínicos, atenção no puerpério remoto e plano de cuidados pós-parto. Os Casos 1 e 2 tem dificuldades no envolvimento de famílias e ou companheiros(as) no cuidado às mulheres.

No que se refere ao “acesso”, os Casos 1 e 2 tiveram implantação incipiente, e o Caso 3 tevecom implantação parcial. As principais fragilidades estão nos quesitos de em realizar seis ou mais consultas de pré-natal, e duas consultas pós-parto. Somente o Caso 3 realiza o número suficiente de visitas domiciliares na primeira semana pós-parto. A subdimensão “saúde física” teve implantação parcial para os Casos 1 e 3, e incipiente para o Caso 2. Todos os Casos tem fragilidades quanto a atenção aos problemas comuns do pós-parto (dor perineal, dor de cabeça, dor lombar, constipação, hemorróida, incontinência fecal, retenção ou incontinência urinária, fadiga), sinais de alerta, especialmente no que se refere a sinais de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, infecção e tromboembolismo, e orientações sobre atividade física. O Caso 1 tem melhor adequação na continuidade dos cuidados em relação a intercorrências no pré-natal e pós-parto.

Em relação a “saúde mental” houve implantação crítica para o Caso 2, e implantação incipiente para os demais. Todos os Casos apresentaram fragilidades nesse item, sendo que o Caso 1 foi melhor avaliado no item investigação sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto, e o Caso 3 em relação ao suporte familiar e social.

Na subdimensão “violência doméstica” o Caso 3 teve implantação parcial, superando os demais por ter na rotina de atendimento de todos os profissionais o olhar para essa questão, e discutir em equipe sobre notificação compulsória. A principal fragilidade de todos os Casos é a falta de orientação às mulheres e o foco da atenção na violência física.

O “aleitamento materno” teve implantação satisfatória para o Caso 3, e implantação parcial para os Casos 1 e 2, sendo que as principais fragilidades desses se concentram no apoio contínuo e orientações às mulheres, para além das consultas pré-agendadas e queixas. Todos os Casos tiveram fragilidades, no incentivo e preparo das mulheres para o aleitamento materno desde o pré-natal.

A subdimensão “planejamento reprodutivo” apresentou implantação crítica para o Caso 2 e incipiente para os Casos 1 e 3. As principais fragilidades são o foco no método contraceptivo, especialmente hormonais (pílulas e injeções), falta abordagem sobre saúde sexual e de envolvimento dos(as) companheiros(as) na escolha do método.

Tabela 3: Matriz de análise e julgamento da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária: dimensão execução e suas subdimensões em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019.

Sub dimensão	Critério ou indicador	PE	PO 1	PO 2	PO 3
Longitudinalidade (5 pontos)	Envolvimento de famílias e ou companheiros(as) no cuidado às mulheres desde o pré-natal até o pós-parto	1	0,25	0	1
	Estabelecimento do cuidado ao longo do tempo	1	0,5	0,8	0,7
	Realização de plano de cuidado pós-parto	1	0	0	0,2
	Continuidade do cuidado no puerpério remoto	1	0,4	0	0,2
	Uso de protocolos/diretrizes clínicas para atenção às mulheres no pós-parto	1	0	0	0
	GI = (ΣPO/ΣPE*100)	100%	23%	16%	42%
Acesso (5 pontos)	Acolhimento à demanda espontânea	1	1	1	1
	Gestantes acompanhadas no pré-natal*	1	0	0	0
	Realização de visita domiciliar na primeira semana	1	0	0	1
	Realização de consultas pós-parto	1	0,3	0,3	0,7
	Busca ativa de mulheres faltosas na consulta pós-parto	1	1	1	1
GI = (ΣPO/ΣPE*100)	100%	46%	46%	74%	
Saúde física (5 pontos)	Investigação sobre intercorrências/ agravos no pré-natal e parto e intervenção para continuidade do cuidado quando necessário	1	0,8	0,2	0,5
	Orientação, prevenção, identificação e intervenção sobre os problemas comuns no pós-parto, conforme necessidades	1	0,4	0,2	0,5
	Orientação, identificação e intervenção sobre os sinais de alerta no pós-parto, conforme necessidades	1	0,4	0	0,4
	Aconselhamento sobre nutrição/higiene/atividade física	1	0,4	0,5	0,5
	Suplementação de ferro 3 meses pós-parto	1	1	1	1
GI = (ΣPO/ΣPE*100)	100%	60%	38%	58%	
Saúde mental	Investigação sobre suporte familiar e social durante o pré-natal e no pós-parto	1	0,4	0,2	0,7

	Investigação sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto	1	0,8	0,4	0,6
	Investigação sobre estado emocional durante pós-parto	1	0,2	0,2	0,5
	Orientações sobre alterações emocionais comuns no pós-parto	1	0	0	0,5
	Aplicação de escala para diagnóstico de DPP ao identificar sinais de alerta	1	0	0	0
	GI = ($\Sigma PO/\Sigma PE * 100$)	100%	28%	16%	46%
Violência doméstica (5 pontos)	Orientação sobre violência doméstica	1,5	0,2	0,2	0,5
	Identificação e atenção às mulheres em situação de violência doméstica	2	0,8	0,8	1,5
	Notificação de Casos de violência doméstica	1,5	0,5	0	0,75
	GI = ($\Sigma PO/\Sigma PE * 100$)	100%	30%	20%	55%
Aleitamento materno (5 pontos)	Recomendação e promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses	2	1	1	1,5
	Prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação	2	1,2	0,6	1,7
	A terapêutica medicamentosa (quando houver) é revisada, com atenção às contraindicações devido ao AM.	1	1	1	1
	GI = ($\Sigma PO/\Sigma PE * 100$)	100%	64%	52%	84%
Planejamento reprodutivo (5 pontos)	Realização de aconselhamento sobre saúde sexual	1,7	0,3	0,3	0,6
	Recomendação e orientação sobre direitos e planejamento reprodutivo	1,7	0,8	0,25	1
	Envolvimento do(a) parceiro(a), quando houver, no planejamento reprodutivo.	1,6	0,2	0	0,4
	GI = ($\Sigma PO/\Sigma PE * 100$)	100%	26%	11%	40%

Fonte: Elaborado pelas autoras.

*Dados para cálculo do indicador não disponíveis nas UBS's. Utilizado indicador do município.

No Quadro 2 são descritos os aspectos favoráveis e desfavoráveis da implantação da assistência pós-parto em relação a dimensão execução.

Quadro 2: Semelhanças e diferenças entre os aspectos favoráveis e desfavoráveis à implantação da assistência pós-parto: dimensão execução em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019.

Casos(s)	Aspectos favoráveis	Aspectos desfavoráveis
1, 2 e 3	Estímulo ao aleitamento materno; Suplementação com sulfato ferroso;	Falta uso de protocolo clínico; Falta de atenção no puerpério remoto e plano de cuidados pós-parto; Baixa cobertura de consultas pré-natal e pós-parto; Atenção aos problemas comuns baseada na queixa; Falta rotina de atenção à saúde mental no pós-parto; Falta rotina de atenção à violência doméstica; Planejamento reprodutivo com foco no uso de métodos contraceptivos hormonais;
1 e 2	-	Falta rotina de discussão de Casos clínicos em reunião de equipe; Baixa cobertura de visita domiciliar na primeira semana pós-parto; Falta envolvimento de famílias/companheiros(as) no cuidado;
1 e 3	Institucionalização da consulta pós-parto nos primeiros 10 dias;	-
2 e 3	-	Dificuldades de prestar continuidade dos cuidados a situações ocorridas no pré-natal e parto;

1	Médica especialista em saúde da família. Médica aproveita encontros de acompanhamento das crianças para assistir às mulheres no puerpério remoto. Preconizado duas consultas pós-parto. Médica demonstra preocupação com a atenção integral à saúde das mulheres. Programa Municipal de incentivo ao aleitamento materno.	Aspectos de boa qualidade da atenção pós-parto está relacionada ao perfil de atendimento da médica, não sendo uma prática de toda equipe.
2	Equipe sempre disponível para as mulheres no acolhimento à demanda espontânea. Espaço para amamentação. ACSs tem formulário para visita domiciliar pós-parto.	Primeira consulta, em geral, ocorre depois de 30 dias pós-parto. Falta consulta pós-parto de enfermagem.
3	Unidade de saúde com acolhimento de acesso avançado. Alinhamento entre o atendimento das diferentes profissionais; Reunião de equipe com discussão de Casos; Educação permanente. Equipe procura envolver famílias/companheiros(as) no cuidado. Grupo de gestantes. Médicas e enfermeiras demonstram preocupação com a atenção integral à saúde das mulheres conforme suas necessidades;	-

Fonte: Elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que a assistência às mulheres no pós-parto não está implantada de forma satisfatória na APS dos três Casos estudados.

A dimensão gestão, importante por oferecer as condições necessárias para que os profissionais da APS possam prestar uma assistência de qualidade, teve implantação incipiente. Identificou-se a ausência de programação de ações para as mulheres no pós-parto, sendo que a Programação Anual de Saúde das três realidades, no quesito saúde das mulheres, prioriza gestantes e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Sobre os recursos materiais e físicos o presente estudo encontrou dados semelhantes à literatura¹⁹. Destaca-se a falta de acesso em tempo oportuno a métodos contraceptivos de longa duração e aos permanentes. Tais aspectos tem impacto direto na atuação dos profissionais da APS, que não conseguem oferecer assistência integral e adequado planejamento reprodutivo, permitindo às mulheres e companheiros(as) diferentes opções de escolha^{10,20}.

Apesar dos movimentos ao longo dos anos no Brasil para instituir uma atenção integral à saúde das mulheres, percebe-se que o foco da organização das ações ainda está no componente materno-infantil e reprodutivo¹².

Para superar esse quadro, é fundamental a implantação de mecanismos que incentivem a qualificação dos profissionais na rotina dos serviços de atenção básica^{9,21}.

No Caso 3 há uma preocupação constante com a qualificação profissional, oferecendo espaços contínuos para educação permanente. Porém, nenhum Caso promoveu atualizações

específicas sobre pós-parto. Em geral os temas trabalhados focam na gestação, criança, aleitamento materno e violência doméstica, sem abordar as necessidades específicas das mulheres no pós-parto.

Outra forma de qualificar a assistência se dá pelo uso de diretrizes clínicas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis^{9,22}. Entretanto, apenas o Caso 2 estava em processo de implantação de um protocolo clínico para enfermeiros que incluía atenção pós-parto.

A subdimensão “mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade” teve melhor grau de implantação para os três Casos analisados, especialmente por disporem de mecanismos de referência e contrarreferência, acesso aos diferentes pontos de atenção e apoio matricial à APS. Destaca-se como aspecto favorável para assistência pós-parto, no Caso 1, o monitoramento de indicadores, sendo o único que monitora número de consultas pós-parto.

Para o Caso 2 vale ressaltar a boa articulação entre APS e maternidade, permitindo com que as mulheres saiam do hospital com a primeira consulta pós-parto agendada na unidade de saúde, sendo essa uma estratégia apontada pela literatura como importante para aumentar a adesão das mulheres às consultas⁶. Assim, é responsabilidade da gestão municipal garantir a comunicação entre a maternidade e a APS, além de fornecer condições organizacionais para a captação precoce das mulheres no pós-parto pela equipe de APS¹⁰.

Além do bom fluxo da rede de atenção à saúde, é importante que a gestão municipal em saúde faça articulações com os diferentes setores da sociedade, a fim de prestar atenção integral às mulheres e auxiliar na resolução de problemas complexos, especialmente com a assistência social. Dos Casos analisados, apenas dois possuem fluxos estabelecidos para Casos específicos (moradores de rua e violência doméstica).

A dimensão execução, dentre os três Casos analisados, teve melhor grau de implantação para o Caso 3. Aspectos como o acesso avançado que oportuniza porta aberta sempre que as mulheres necessitarem, atendimento na perspectiva da atenção familiar e integral com envolvimento do companheiro(a), estímulo a autonomia das mulheres por parte de toda equipe, e trabalho integrado entre a equipe com rotina de discussão de Casos, são aspectos que favoreceram a implantação.

No Caso 1, a profissional médica tem perfil semelhante a equipe do Caso 3, o que favoreceu em ambos a avaliação positiva de alguns critérios/indicadores. Entretanto, no Caso 1, considerou-se um aspecto desfavorável não ser uma prática institucionalizada, mas sim dependente e centrada em apenas uma profissional. Considerando que o trabalho em equipe

aumenta a satisfação dos profissionais e, conseqüentemente, melhora a qualidade da assistência prestada²³, sendo que a centralidade dessa em um profissional leva a desqualificação dele na sua ausência.

Nos três Casos analisados o cuidado às mulheres é prestado pelos mesmos profissionais, porém a longitudinalidade é prejudicada pela falta de elaboração de um plano de cuidados pós-parto e de acompanhamento no puerpério remoto. Para otimizar os cuidados pós-parto, a orientação antecipada deve começar durante a gravidez, com o desenvolvimento de um plano de cuidados pós-parto que aborde a saúde emocional, desafios da maternidade, e a recuperação pós-parto, discutir a finalidade e importância dos cuidados pós-parto, e os tipos de serviços e suporte disponível²⁴.

Além disso, a atenção deve ir além das primeiras semanas pós-parto, e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças no primeiro ano de vida é uma oportunidade para os profissionais de saúde assistirem as necessidades de saúde das mulheres²⁵, oportunidade essa aproveitada em algumas situações no Caso 1 por iniciativa individual da médica de família.

Ao analisar a subdimensão “acesso” os Casos 1 e 2 não atingiram a pontuação esperada para o número de consultas pós-parto e visita domiciliar, e ainda, o Caso 2 tem rotina de realizar a primeira consulta em torno de 30 dias após o parto. Esse cenário prejudica a assistência às mulheres em tempo oportuno, como por exemplo em Casos de ocorrência de sinais de alerta, alterações emocionais e problemas com aleitamento materno, que devem ser manejados dos primeiros dias após o parto^{2,7,10,26}.

As subdimensões “saúde física” e “aleitamento materno” tiveram melhor grau de implantação para todos os Casos. Apesar de não ter implantação ideal, todos os profissionais seguem uma rotina de atendimento, estando incorporadas na prática profissional.

Todos os Casos atingiram pontuação máxima no critério “suplementação de ferro 3 meses pós-parto” que é um protocolo estabelecido na atenção pós-parto. Além disso, tiveram no mínimo implantação parcial para o “aleitamento materno”, tema esse constantemente abordado na prática profissional por meio de qualificações e no planejamento em saúde, apesar dos Casos 1 e 2 enfocarem nas necessidades da crianças em detrimento das mulheres¹², o que reforça a importância da adoção de protocolos clínicos e da educação permanente.

Na saúde física a principal abordagem se dá na avaliação do sangramento e ocorrência de febre, pouco tratando sobre demais sinais de alerta, além de os sintomas comuns serem abordados somente frente às queixas. Em torno de 90% das mulheres apresentam no mínimo um problema na saúde física nas primeiras semanas pós-parto, como dor nas costas, dor

perineal, hemorroidas, constipação ou incontinência²⁷, de modo que o preparo das mulheres para o enfrentamento desses problemas é fundamental para melhorar sua saúde^{2,7}.

Ao tratar sobre as subdimensões “saúde mental” e “violência doméstica” verifica-se crítica ou incipiente em todos os Casos. Identificou-se que não são práticas assistenciais que fazem parte da rotina de atendimento da assistência pós-parto, e sua abordagem depende da sensibilidade e conhecimento individual dos profissionais.

Verificou-se nesse estudo que as alterações emocionais e sinais de depressão pós-parto são identificados de forma empírica, com conhecimento insuficiente sobre o tema e falta de uso de instrumento sistemático para rastrear DPP, o que corrobora com a literatura²⁸.

A prevalência de DPP, para a maioria dos estudos, varia de 10 a 15%, sendo maior em países em desenvolvimento^{5,28,29}, e aproximadamente 90% dos Casos são manejados na APS²⁹. Revisão sistemática encontrou que intervenções psicológicas realizadas na APS estão associadas a uma melhora significativa na sintomatologia depressiva²⁹. Assim, verifica-se a urgência na qualificação dos profissionais para enfrentamento desse problema.

Quanto à violência doméstica, o presente estudo encontrou que há maior atenção para a dimensão física, e em todos os Casos os profissionais não abordam o tema no plano de cuidados pós-parto. Estudo brasileiro identificou que 30% das mulheres pesquisadas sofreram alguma forma de violência física com parceiro íntimo nos primeiros meses após o parto⁴. Esse dado mostra a magnitude do tema e necessidade de enfrentamento do problema⁴, no que se refere a todos os tipos de violência, já que esse se constitui em um fator de risco para depressão pós-parto^{4,5} e problemas no acompanhamento e crescimento/desenvolvimento infantil⁴.

No que se refere ao planejamento reprodutivo houve implantação crítica ou incipiente para todos os Casos, já que, em geral, nesse item é abordado prioritariamente a escolha de métodos contraceptivos hormonais (pílulas e injeções) sem envolvimento dos(as) companheiros(as), sendo que outras questões são tratadas apenas sob demanda das mulheres.

Estudos encontraram uma prevalência de 40% das mulheres com problemas na saúde sexual até um ano pós-parto³ e de 27,2% de gravidez de repetição rápida, a qual é menos provável de ocorrer com uso de métodos contraceptivos de longa duração³⁰, questões essas negligenciadas pelos profissionais de saúde dos Casos estudados.

O presente estudo teve o intuito de captar a integralidade da assistência pós-parto às mulheres conforme a teoria do programa¹⁶, e a triangulação dos dados auxiliou na elaboração do julgamento de valor a fim de garantir que os principais resultados não foram negligenciados¹⁴. Para tanto, o estudo analisou dimensões e subdimensões amplas e complexas,

tendo como limitação a impossibilidade de aprofundamento na análise e discussão de cada uma delas.

Outra limitação é que o grau de implantação da dimensão execução se aplica somente à unidade de saúde pesquisada, não permitindo generalizar para o município, no entanto, os resultados encontrados foram coerentes com a literatura e a validade externa do estudo de Casos múltiplos se dá pela possível replicação em outras unidades de análise¹³. E ainda, a inconsistência de alguns dados nos sistemas de informação municipais podem ter sub ou superestimado alguns indicadores avaliados.

Para fortalecer a validade interna do estudo utilizou-se: conferência de consenso para validação da MAJ¹¹; triangulação dos dados de distintas fontes de evidências, permitindo verificar a confiabilidade e interpretação dos dados coletados; teste piloto dos instrumentos de coleta de dados^{13,14}; e rigor na análise de acordo com a teoria do programa¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve implantação incipiente da assistência pós-parto para a dimensão gestão e implantação incipiente ou parcial para a dimensão execução nos três Casos analisados, sendo possível identificar as principais lacunas do programa, o qual, sendo implantado de forma ideal tem o potencial para reduzir a morbimortalidade materna e assistir às mulher na perspectiva da integralidade do cuidado, com atenção às necessidades de saúde.

A dimensão gestão apresentou fragilidades principalmente pela inadequação de recursos, falta de qualificação profissional para atenção pós-parto, falta de acesso em tempo oportuno a métodos contraceptivos de longa duração, ao psiquiatra e pouca articulação intersetorial.

Sobre a dimensão execução, houve melhor implantação nas subdimensões saúde física e aleitamento materno, e no planejamento reprodutivo identificou-se priorização de oferta de métodos contraceptivos hormonais de curta duração. Já a assistência para violência doméstica e saúde mental ocorre de forma assistemática, não estando incorporada na prática da atenção pós-parto.

A análise de implantação permitiu identificar a falta de integralidade na assistência, considerando que a gestão não oportuniza as condições ideais para APS na maioria dos critérios/indicadores analisados, e na dimensão execução não são incorporadas as principais necessidades de saúde das mulheres na prática assistencial.

Observou-se melhor grau de implantação para o Caso 3, no qual há maior investimento na formação de profissionais para saúde da família.

Como principais recomendações para melhorar a assistência pós-parto, o presente estudo indica que: haja monitoramento de indicadores e planejamento de ações para atenção pós-parto; sejam implantadas diretrizes clínicas e realizadas qualificações permanentes dos profissionais de saúde, com vistas na prestação da atenção integral às mulheres, especialmente a fim de superar o foco na saúde física e atenção materno-infantil. Tais aspectos estão diretamente relacionados a atuação da gestão municipal de saúde, a qual é responsável por oportunizar as condições assistenciais ideais.

O estudo mostrou que o modelo teórico proposto tem potencial para ser replicado em outros locais, tanto no Brasil, quanto em outros países, já que as necessidades de saúde das mulheres no pós-parto são comuns em diferentes realidades, ainda que haja especificidades.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO, The Global Health Observatory [Internet]. [citado 31 de janeiro de 2020]. Available at: <https://www.who.int/data/gho>
2. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
3. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 31 de dezembro de 2018 [citado 30 de janeiro de 2020];18(1):196. Available at: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1838-6>
4. Moraes CL de, Oliveira AG e S de, Reichenheim ME, Gama SGN da, Leal M do C. Prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 21 de janeiro de 2019];33(8):1–13. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805006&lng=pt&tlng=pt
5. Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(7):815–28.

6. Henderson V, Stumbras K, Caskey R, Haider S, Rankin K, Handler A. Understanding Factors Associated with Postpartum Visit Attendance and Contraception Choices: Listening to Low-Income Postpartum Women and Health Care Providers. *Matern Child Health J*. 2016;20:132–43.
7. WHO. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
8. Kleppel L, Suplee PD, Stuebe AM, Bingham D. National Initiatives to Improve Systems for Postpartum Care. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 [citado 21 de janeiro de 2019];20:66–70. Available at: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-016-2171-1>
9. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 6 de janeiro de 2020;44:1.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p.
11. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P, Denis JL. A Análise da Implantação. In: *Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217–38.
12. Baratieri T, Natal S. Postpartum program actions in primary health care: An integrative review. *Cienc e Saude Coletiva*. 1 de novembro de 2019;24(11):4227–38.
13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015. 290 p.
14. Stake RE. *Multiple Case Study Analysis*. New York: The Guilford Press; 2006. 368 p.
15. Calvo MCM, Lacerda JT de, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2016;25(4):767–76.
16. Baratieri T, Natal S, Hartz ZM de A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cad Saude Publica*. 2020;(no prelo).
17. Alves CK de A, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro; 2010. p. 89–107.
18. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. 3º ed. Califórnia: SAGE Publications, Inc. Arizona State University.; 2014. 341 p.
19. Laporte-Pinfildi ASC, Zangirolani LTO, Spina N, Martins PA, De Medeiros MAT. The nutritional care during the prenatal and postpartum: Perceptions of managers of Primary Health

- Care | Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: Percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. *Rev Nutr.* 2016;29(1):109–23.
20. FSRH. Faculty of Sexual and Reproductive Health. Contraception after pregnancy [Internet]. Faculty of Sexual and Reproductive Health; 2017. Available at: <https://www.fsrh.org/news/new-fsrh-guideline--contraception-after-pregnancy/>
21. Costa Campos KF, Marques RDC, Ceccim RB, Silva KL. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *APS EM Rev.* 24 de julho de 2019;1(2):132–40.
22. Mehndiratta A, Sharma S, Gupta N, Sankar M, Cluzeau F. Adapting clinical guidelines in India—a pragmatic approach. *BMJ Evid Based Med* [Internet]. 2017 [citado 21 de janeiro de 2019];359:j5147. Available at: <http://mospi.nic.in/sites/default/>
23. Tambasco L de P, Silva HS da, Pinheiro KMK, Gutierrez BAO. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. junho de 2017 [citado 31 de janeiro de 2020];41(spe2):140–51. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600140&lng=pt&tlng=pt
24. ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Postpartum Care: Acog committee opinion. 2018;131(728):35–42.
25. Olin SS, McCord M, Stein REK, Kerker BD, Weiss D, Hoagwood KE, et al. Beyond Screening: A Stepped Care Pathway for Managing Postpartum Depression in Pediatric Settings. *J Women's Heal* [Internet]. 2017;00(00):jwh.2016.6089. Available at: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2016.6089>
26. Robling M, Bekkers MJ, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet.* 2016;387(10014):146–55.
27. Cooklin AR, Amir LH, Nguyen CD, Buck M, Cullinane M, W Fisher JR, et al. Physical health, breastfeeding problems and maternal mood in the early postpartum: a prospective cohort study. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2018 [citado 30 de janeiro de 2020];21:365–74. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0805-y>
28. Jairaj C, Fitzsimons CM, McAuliffe FM, O'Leary N, Joyce N, McCarthy A, et al. A population survey of prevalence rates of antenatal depression in the Irish obstetric services using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health.* 1 de

junho de 2019;22(3):349–55.

29. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2016;14(5):463–72.

30. Sackeim MG, Sammel M, Gurney EP, Schreiber CA. Rapid repeat pregnancy: prevalence and risk factors in an urban population. *Am J Obstet Gynecol*. janeiro de 2018;218(1):S560–1.

4.3 ARTIGO 3 - CONTEXTOS DE IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES NO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Contextos de implantação da assistência às mulheres no pós-parto na atenção primária à saúde na região sul do Brasil³

Tatiane Baratieri

Sonia Natal

RESUMO

Objetivou-se analisar a influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária em três municípios da região sul do Brasil. Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação realizada por meio de estudo de casos múltiplos em três municípios dos Estados do Sul do Brasil, com coleta de dados primários por meio de entrevistas a gestores de saúde, profissionais da atenção primária e puérperas, e dados secundários (prontuários, documentos). Foram avaliadas as dimensões gestão e execução da assistência pós-parto, as quais foram influenciadas desfavoravelmente pelas desigualdades de gênero e persistência da visão de mulheres reprodutoras, e favoravelmente pelas boas condições de vida da população e poucas crenças relacionadas ao pós-parto. Os determinantes político-institucionais favoráveis relacionados à dimensão gestão são as políticas/programas de saúde, e desfavoráveis são a falta de: prontuário integrado, contrarreferência, articulação com hospital, qualificação profissional, acesso a especialistas e métodos contraceptivos. A dimensão execução é influenciada favoravelmente pelo vínculo profissional/usuárias e perfil profissional para saúde da família, e desfavoravelmente pelo excesso de demanda, ausência de protocolos clínicos e de qualificação profissional para atenção pós-parto. Todos os casos tiveram implantação incipiente ou parcial da assistência pós-parto, influenciada especialmente pela invisibilidade das mulheres na organização do cuidado, falta de educação permanente/atualizações e de diretrizes clínicas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; período pós-parto; saúde das mulheres; avaliação em saúde.

INTRODUÇÃO

A assistência pós-parto tem por objetivo realizar aconselhamento e apoio para a recuperação da gravidez, parto e nascimento, continuidade do cuidado pré-natal, com identificação oportuna de situações de risco e vulnerabilidade e gestão adequada das necessidades de saúde física, psicológica, emocional e social das mulheres, além de facilitar a

³Esse artigo segue as normas da Revista Saúde e Sociedade.

adaptação em família(BARATIERI; NATAL, 2019; BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020; ESPANHA, 2014; NICE, 2015).

Para que esse objetivo seja atingido é necessária a implementação de um programa de assistência pós-parto por meio da articulação entre as três esferas de governo, tendo como atribuição comum o apoio técnico, gerencial e financeiro aos profissionais de saúde da atenção primária à saúde (APS), principais responsáveis pelos cuidados nesse período (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020; BRASIL, 2016).

A APS enquanto ordenadora do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, deve ter horizontalidade nas relações entre os pontos de atenção, objetivando oferta de atenção contínua e integral às mulheres(ALMEIDA; SANTOS, 2016; AMARAL; BOSI, 2017; TASCA et al., 2020).

A assistência pós-parto inicia-se no pré-natal e continua durante o período pós-parto, com os profissionais atuando conforme as necessidades de saúde das mulheres. Essa assistência demanda atuação intersetorial, com pontos de atenção de maior densidade tecnológica, além da atuação conjunta com outros setores públicos e da sociedade(BARATIERI; NATAL, 2019; BRASIL, 2016; ESPANHA, 2014; NICE, 2015).

Ao planejar e implementar a assistência pós-parto, é necessário identificar e analisar os determinantes contextuais, tanto externos como político-institucionais do programa, que podem influenciar nesse processo, os quais interferem no impacto final do programa, ou seja, na redução da morbimortalidade de mulheres(BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020; CHAMPAGNE et al., 2011). Tais determinantes contextuais são pouco conhecidos e discutidos na literatura, considerando a escassez de estudos que avaliam a assistência pós-parto na perspectiva da assistência integral(BARATIERI; NATAL, 2019).

Ao conhecer os fatores de contexto, é possível melhorar a compreensão sobre as variações do grau de implantação de um programa, observadas em diferentes realidades(CHAMPAGNE et al., 2011). Assim, o presente estudo tem por objetivo analisar os determinantes contextuais do grau de implantação da assistência pós-parto em três municípios da região sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, realizada de fevereiro a dezembro de 2019. Desenvolveu-se por meio de um estudo de Casos

múltiplos(STAKE, 2006; YIN, 2015) respondendo a seguinte questão de pesquisa: Como o contexto interfere no grau de implantação da assistência pós-parto?

Os Casos selecionados foram um município de cada estado da Região Sul do Brasil, sendo denominados Caso 1, Caso 2 e Caso 3, conforme os seguintes critérios de inclusão: mais de 100.000 habitantes por, em sua maioria, apresentarem características favoráveis para a gestão em saúde(CALVO et al., 2016); cobertura de APS maior do que 80%; mais de 80% das equipes de saúde inscritas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); mais de 80% das equipes com avaliação “ótimo”, “muito bom” e “bom” no PMAQ. Quando mais de um município atingiu os critérios de inclusão, solicitou-se aos profissionais da área técnica de APS e saúde das mulheres, das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, para escolha do melhor Caso.

Para elaboração da presente pesquisa foi necessário realizar dois estudos prévios. Inicialmente procedeu-se um estudo de avaliabilidade com elaboração da teoria do programa (BARATIERI; NATAL, 2019) e um estudo de casos múltiplos (BARATIERI, 2020).

No estudo de casos múltiplos determinou-se os graus de implantação da assistência pós-parto às mulheres na APS nos três Casos estudados, de acordo com suas dimensões e respectivas subdimensões: Gestão: recursos financeiros, materiais e físicos; recursos humanos, e Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade. Execução: longitudinalidade, acesso, saúde física, saúde mental, violência doméstica, aleitamento materno e planejamento reprodutivo (BARATIERI; NATAL, 2019). Constatou-se que a assistência pós-parto estava com implantação incipiente (26% a 50%) na dimensão gestão para todos os Casos. Na dimensão execução o Caso 3 estava com implantação parcial (51% a 75%), enquanto os demais estavam com implantação incipiente(BARATIERI, 2020).

O grau de implantação da assistência pós-parto foi considerado “variável dependente” para analisar a influência dos contextos externo (crenças da população relacionadas aos cuidados pós-parto; desigualdades de gênero; condições socioeconômicas e demográfica) e político-institucional do programa (organização da rede, políticas e programas de saúde, papel das esferas de governo) (CHAMPAGNE et al., 2011). Os determinantes externos e políticos-institucionais foram identificados previamente no Estudo de Avaliabilidade (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020), e após as entrevistas outros determinantes político-institucionais emergiram.

Foram coletados dados primários e secundários. A coleta de dados primários se deu por meio de entrevista aos informantes selecionados, em cada unidade de análise (gestão

municipal de saúde e uma equipe de saúde da família de cada município), orientada pela pergunta: Quais são os fatores que interferem na assistência às mulheres no pós-parto?

Participaram do estudo seis gestores (1 Caso 1; 3 Caso 2; 2 Caso 3), quatro médicos (1 Caso 1; 1 Caso 2; 2 Caso 3), 4 enfermeiros (1 Caso 1; 1 Caso 2; 2 Caso 3), dois técnicos em enfermagem (1 Caso 1, 1 Caso 2), 18 agentes comunitários de saúde (6 Caso 1; 9 Caso 2; 3 Caso 3) e 31 puérperas (10 Caso 1, 11 Caso 2 e 10 Caso 3). Foi excluído um técnico em enfermagem que estava de férias, seis puérperas se recusaram a participar e três não foi possível contato.

As entrevistas foram agendadas junto aos profissionais em seus respectivos ambientes de trabalho e, as mulheres escolheram a unidade de saúde ou o domicílio, tendo sido gravadas e transcritas na íntegra para preservar a fidedignidade dos dados. Também se realizou anotações em diário de campo durante o período de coleta que foram utilizadas como dados primários.

Os dados secundários foram análise de prontuários das puérperas selecionadas e análise documental (documentos municipais: Programação Anual de Saúde, protocolos, normas técnicas). Realizou-se um estudo de Caso piloto junto a um município que não fez parte do estudo(YIN, 2015).

A análise de cada Caso foi feita por meio da análise temática (MILES; HUBERMAN; SALDAÑA, 2014) com triangulação dos dados de distintas fontes de evidências(STAKE, 2006; YIN, 2015), utilizando-se uma lista pré-definida de códigos(MILES; HUBERMAN; SALDAÑA, 2014) de acordo com a teoria do programa(BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020), com auxílio do *software NVivo* versão 11.

Para a análise imbricada(STAKE, 2006) realizou-se o exame minucioso das dimensões e subdimensões, verificando as convergências, divergências, aspectos favoráveis e desfavoráveis entre elas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer n° 3.036.173/2018). Para preservar a identidade dos participantes, os nomes foram substituídos pela primeira letra de seu grupo de participantes, seguido do número referente a sequência da entrevista (G = gestor; P = profissional da atenção primária; M = mulher).

RESULTADOS

Determinantes externos relacionados às dimensões gestão e execução

Desigualdades de gênero e a persistência da visão de mulher reprodutora

Dos fatores externos analisados, esse foi o tema mais abordado pelos profissionais e principalmente pelas mulheres.

Para os três Casos a dimensão gestão é influenciada de forma desfavorável pois políticas e programas priorizam a saúde materno-infantil em detrimento da saúde integral das mulheres. A gestão dos três casos demonstrou priorização da atenção às gestantes e saúde da criança. Além disso, no Caso 1 a Instrução Normativa referente a assistência materno-infantil no município não aborda consulta pós-parto e no Caso 3 a diretriz do município sobre consulta pós-parto tem foco no atendimento da criança (rotina de atendimento pós-parto é denominada “primeiros dias saudáveis”).

A gente usa, tem uma fichinha que é do município, mas é mais um roteiro. Até tem a pré-concepcional aqui e aí termina com o pós-parto. Mas pode ver que não tem muita coisa, e é mais focado para o bebê, tem o teste do pezinho e tal (P4/Caso3);

Na dimensão execução identificou-se como aspectos desfavoráveis à implantação da assistência pós-parto o foco da atenção de familiares e sociedade à criança e invisibilidade das mulheres; falta de apoio do(a) companheiro(a); e sobrecarga de tarefas às mulheres:

Os profissionais de nível superior dos Casos 1 e 2, profissionais de nível técnico e ACSs dos três Casos geralmente focam o atendimento na criança (desfavorável), enquanto no Caso 3 médicas e enfermeiras prestam assistência para mulheres e bebês (favorável):

Depois que nasceu a neném as atenções são para o nenê né (risos). A gente se sente meio excluída parece. Mas agora estou mais acostumada. No hospital os profissionais olham mais para o bebê. Eu me senti mais assistida pela enfermeira do posto do que no hospital (M1/Caso3);

[...] a gente faz visita e orienta a rachadura no peito, se não quer pegar, se o bebê não está aumentando o peso [...]. Principalmente as mães de primeira viagem. Aquelas que são de segunda viagem a gente tem que cobrar mais a vacina (P1/Caso2).

Condições socioeconômicas e demográficas

Para os três Casos analisados foram identificadas condições favoráveis de vida na população, sendo que os três municípios possuem alto índice de desenvolvimento humano. Todos os gestores e profissionais entrevistados reconheceram que problemas socioeconômicos e demográficos dificultam a assistência pós-parto, entretanto a condição de suas realidades é favorável:

Nós não temos bolsões de pobreza, temos alguns pontos, algumas ruas, isso facilita (G1/Caso1);

Aqui no posto é bem tranquilo, a média são mulheres mais velhas, com 28 a 30 anos, a gente não tem muitas adolescentes. Ai é mais fácil trabalhar, elas compreendem mais, é mais absorvido, tanto por ser mais velha, como pelo grau de instrução (P4/Caso3);

O uso da internet surgiu como um aspecto favorável no sentido de facilitar o acesso das mulheres a informações, porém também é desfavorável pelo fato de, muitas vezes, na ausência de assistência profissional, a internet tornar-se um substituto dessa:

Eu acho que com a informação da internet teve um grande avanço. Hoje eu acho que a mente delas se abriu um pouco, pela questão da informação (P3/Caso2).

Minhas dúvidas tudo com a doutora durante o pré-natal. Agora no pós-parto, só tive uma consulta, eu pesquiso na internet [...] quero tomar um remédio, eu entro na bula do remédio e vejo as indicações e contraindicações, e daí vou nos sites e pesquiso se alguém já tomou. Então é mais na internet mesmo (M5/Caso1).

Crenças da população

Identificaram-se poucas crenças e tabus relacionados aos cuidados pós-parto e as mulheres em geral, quando tem acesso, procuram a unidade de saúde para sanar dúvidas, sendo esse um aspecto favorável para a assistência:

Essa questão de costumes antigos a gente não vê mais tanto, raramente. Elas comentam bastante, ah minha mãe ou minha sogra falou isso, mas elas acreditam bastante em mim já (P7/Caso1).

No outro posto que eu trabalhava era bem mais carente e a gente percebia essas crenças mais presentes. Aqui eu não sinto tanto. Questão de lavar cabelo, moeda no umbigo, não tenho pegado (P6/Caso3).

Mas dúvidas mesmo só aqui no posto. Eu perguntava tudo (M10/Caso3).

Fatores políticos-institucionais relacionados à dimensão gestão

Políticas e programas

Todos os gestores entrevistados reconheceram que políticas e programas como o PMAQ, a Rede Cegonha e ESF auxiliam na organização da rede de atenção à saúde, por qualificar a assistência, definir fluxos e facilitar o acesso das mulheres aos diferentes pontos de atenção.

O Caso 1 possui no município a Rede de Apoio ao Aleitamento Materno que auxilia na qualificação dos profissionais para o incentivo ao aleitamento materno. Além disso, a gestão do Caso 1 entende que tais programas auxiliam no monitoramento de indicadores para o planejamento em saúde, sendo esse o Caso que apresentou maior preocupação com essa questão e disponibilizou diversos dados para o presente estudo, de forma organizada e sem dificuldades (favorável).

Apesar disso, nos Casos 1 e 3, a discussão do PMAQ ficou centrado na gestão, não envolvendo efetivamente os profissionais da APS, e a cobertura de ESF era menor do que 60% (desfavorável):

(Citou dois programas estaduais), o PMAQ foram bem cruciais para a gente. O planejamento local é feito pelo PMAQ (G1/Caso1).

No PMAQ a gente fez algumas coisas e achou que ia ser mais repassado para a unidade, e não foi. Não sentimos envolvidos, mudanças não, só de trabalho na época, de achar os indicadores (P2/Caso1).

O PMAQ ajudou muito. A gente fazia algumas coisas, mas de forma não tão organizada, sistematizada, anotando tudo, então as unidades se organizaram melhor (G1/Caso2).

Organização da rede

Os três Casos possuem instrumentos padronizados para referência e contrarreferência, entretanto, todos os gestores e profissionais entrevistados apontaram que poucos especialistas fazem a contrarreferência, o que prejudica a continuidade do cuidado na APS:

Quando ela (mulher) é atendida aqui na maternidade municipal a gente tem a contrarreferência no próprio prontuário. Mas quando manda para outro serviço a gente não sabe o que aconteceu (P7/Caso1);

Psiquiatria até que vem um pouco. O médico orientou, mas não vem nada anotado, ele (paciente) traz a receita e tal, mas... a contrarreferência do médico não tem, muito pouco (P11/Caso2).

O Caso 1 apresentou como aspecto favorável o prontuário eletrônico integrado com toda rede municipal, inclusive hospital. Já o Caso 2 há falta de prontuário eletrônico na maioria das unidades de saúde e no Caso 3 o prontuário eletrônico não integra na rede, questões essas que dificultam a continuidade do cuidado (desfavorável):

O prontuário eletrônico ajuda muito. Às vezes ela sai daqui, e foi na maternidade e não conta que teve algo, então eu olho no prontuário (P7/Caso1);

O prontuário não é integrado, só nosso. É uma limitação. Quando vai a clínica da mulher não sabe. Se a mulher traz a carteirinha a gente sabe um pouco (P4/Caso3);

A articulação com o hospital de referência também é um fator que interferiu no grau de implantação. Somente o Caso 2 tem uma articulação ideal com o hospital de referência, garantindo que as mulheres saiam da maternidade com a consulta pós-parto agendada (favorável). O Caso 1 possui boa articulação com a maternidade municipal (atende gestantes de risco baixo e intermediário), porém há problemas de comunicação com a maternidade de referência para atender gestantes de alto risco (desfavorável).

Da maternidade municipal a gente recebe um email, aí a gente já agenda a consulta pós-parto. No alto risco é mais complicado, se a gente não a orientar antes para voltar, a gente perde esse pós-parto (P7/Caso1);

La no hospital eles já avisaram que eu ia ter consulta, para todos que estão saindo eles já agendam a consulta (M1/Caso2).

O hospital tem sido um dificultador, às vezes eles não avisam a gente, e se a mulher falta nas últimas consultas, às vezes elas não retornam e pode se perder (P5/Caso3);

Qualificação profissional

A gestão municipal do Caso 3 estimula e organiza espaços de educação permanente para os profissionais de saúde, oferta residências multiprofissional e médica em saúde da família, e contratam somente enfermeiros com especialização em saúde da família e priorizam contratação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, ações essas que qualificam os profissionais para a assistência. Já os Caso 1 e 2 pouco incentivam a educação permanente. Ressalta-se que nenhum Caso ofertou atualizações específicas sobre o tema pós-parto nos últimos anos:

Capacitações sobre pós-parto nunca teve. Do pré-natal eu lembro, de sífilis eu lembro. Eu acho que é uma deficiência (P8/Caso1);

A gente dispõe de muitos espaços para educação permanente. Aqui na secretaria a gente tem as reuniões dos núcleos, se reúnem, todos os profissionais, a cada dois meses. [...] As equipes têm uma vez por mês uma reunião estendida para atualizações [...] e tem as residências que também qualificam (G1/Caso3).

Identificou-se ausência de protocolo clínico, para todas as categorias profissionais, institucionalizados pela gestão municipal nos três Casos (desfavorável), sendo que somente o Caso 2 estava em processo de implantação de protocolo clínico para enfermagem que inclui a consulta pós-parto (favorável).

Já está bem marcado o cuidado do bebê, a gente tem protocolos. Agora com a mulher a gente não tem [...], a mulher tem o pré-natal, para preservar a criança, e depois que nasce não tem mais (P6/Caso3).

Apoio à equipe de APS

O telessaúde foi identificado como uma ferramenta importante de apoio aos profissionais para os três Casos. Além disso, as unidades de saúde em todos os municípios têm à disposição algum tipo de apoio matricial. Entretanto, no Caso 2 os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) pouco cumprem o papel de matriciamento e no Caso 3 metade das unidades de saúde recebem esse apoio e outra metade recebe apoio de uma equipe de saúde mental:

O telessaúde a gente usa bastante, ajuda bastante. É um facilitador (P6/Caso3).

Tem o apoio do NASF. A relação com a equipe é boa, eles fazem atendimento individual [...], e eles vem, o que eles não fazem, que ainda é falho é o apoio matricial (P10/Caso2);

A equipe de apoio em saúde mental é bem positivo, é super fácil acesso a elas. Mas NASF não temos (P4/Caso3);

Outro aspecto que interfere na implantação da assistência pós-parto apontada pelos profissionais dos três Casos, é a dificuldade de acesso a outros profissionais da rede, principalmente psicólogo, psiquiatra e a métodos contraceptivos de longa permanência e definitivos. Além disso, os Casos 1 e 3 tem dificuldades de acesso ao psiquiatra em tempo oportuno:

O DIU temos o ginecologista que coloca. Era rápido, agora não voltou o gineco ainda para a rede. Deu uma parada [...]. A vasectomia não tem muita fila não. A laqueadura até tem, demora mais de um ano, mais ou menos um ano (P12/Caso2);

A psicologia demora, demora um pouco, depende da época, às vezes uns dois ou três meses, às vezes menos, às vezes faz encaixe com o NASF (P7/Caso1).

Psiquiatra está demorando, primeira consulta demora uns quatro meses (P3/Caso1).

Determinantes políticos-institucionais relacionados à dimensão execução

Atuação e qualificação dos profissionais

O perfil profissional para atuar na saúde da família da médica do Caso 1 e das médicas e enfermeiras do Caso 3, as quais possuem especialização na área e o olhar dessas profissionais para necessidades de saúde das mulheres, foram condições favoráveis para avaliação positiva de diversos critérios/indicadores que definiram o grau de implantação:

Eu me formei em 2008, trabalhando nisso e amo. Trabalhei em beira de estrada, de pegar ônibus, foi a época que eu mais adorei (P8/Caso1);

Meu olhar mudou mais por uma questão pessoal, eu tenho um olhar mais feminista sobre as coisas, isso também muda como eu vou fazer na minha prática. Mas se pegar em termos acadêmicos, o que eu ia saber é o que pode dar de ruim, então um sinal de alerta, pensando em clínico, e passa muito superficialmente a questão da depressão pós-parto, ciclo de vida mesmo eu aprendi na medicina de família (P6/Caso3);

Apesar disso, nenhuma equipe utiliza protocolo clínico para atenção pós-parto, fazendo com que diversas necessidades das mulheres não fossem abordadas no pós-parto, ou foram abordadas conforme o conhecimento específico do profissional:

O que a gente faz é mais pela nossa formação do que pela questão protocolar, diferente do pré-natal (P4/Caso3);

Seria interessante ter o protocolo, para o médico não tem. Porque senão depende muito do profissional. Não tem uma rotina estabelecida (P11/Caso2);

A boa relação profissional, trabalho em equipe e reuniões com discussões de casos favoreceram a implantação para os Casos 2 e 3. E ainda, o Caso 3 teve como fatores favoráveis a prática da equipe de realizar ações de educação permanente e o alinhamento entre o atendimento das diferentes profissionais. O Caso 1 apresentou conflitos na equipe e reuniões de caráter burocrático:

A gente não tem muito tempo dessa coisa de sentar e todo mundo discutir um caso [...] A gente tem uma reunião, mas é muito burocrática (P8/Caso1);

A equipe do posto funciona legal, eu acho que ajuda (P11/Caso2);

A gente é uma equipe bem alinhada, normalmente as coisas vem na reunião de equipe (P7/Caso3);

Demanda

A equipe de ESF do Caso 1 que participou do presente estudo está alocada em uma unidade de saúde que atende 15 mil usuários. Apesar de essa equipe cobrir um território delimitado, o excesso de demanda diária da unidade de saúde dificulta o atendimento e essa equipe, muitas vezes, absorve essa demanda, além da falta de espaço físico para o atendimento. Já os Casos 2 e 3 conseguem trabalhar somente com seu território, conforme os princípios da ESF, o que foi percebido como algo positivo.

Aqui a gente atende sei lá, uns 15 mil. Porque vem de área descoberta e a gente tem que prestar o atendimento (P11/Caso2);

[...] hoje em dia está um caos. E a unidade, o espaço físico. A questão da amamentação, não tem uma salinha para levar a mãe, para explicar, para ver o peito (P9/Caso1);

Longitudinalidade do cuidado

Os profissionais e mulheres de todos os casos reconheceram que o vínculo é um facilitador para a assistência pós-parto. Todas as mulheres foram atendidas pelos mesmos profissionais durante o pré-natal e pós-parto, porém no Caso 1, o qual é preconizado duas consultas pós-parto (favorável), a primeira é realizada pela enfermeira da equipe tradicional de APS, implicando em menor vínculo com as mulheres (desfavorável), as quais preferem atendimento com a médica de saúde da família:

A médica eu já conhecia bem, antes eu consultava com ela, antes de engravidar já eu conhecia ela. Daí no pré-natal eu fiz uma com a enfermeira, depois com a doutora. Eu gosto muito da médica (M1/Caso1);

Os Casos 1 e 3 realizam consulta pós-parto estendida para as mulheres e bebês (favorável). Já o caso 2, além de, em geral, ser uma consulta rápida, essa ocorre em torno de 30 dias após o parto, o que prejudica a continuidade dos cuidados e causa insatisfação das

mulheres. No Caso 1, apesar de ser preconizado uma consulta até 10 dias, a maioria das mulheres entrevistadas tiveram atendimento após esse período (desfavorável).

A consulta foi com uns 30 dias. Precisava mais consultas, é tudo novo, tudo novidade, tu vai aprendendo com eles, é muita dúvida, é muito, eu acho que deveria ter mais atenção (M5/Caso1);

DISCUSSÃO

O principal fator externo que pode ter contribuído para a implantação incipiente ou parcial da assistência pós-parto, tanto na dimensão gestão como execução foram as concepções arraigadas na população, profissionais, gestores e políticas de saúde quanto às desigualdades de gênero, que podem levar a assistência reducionista ao papel das mulheres enquanto reprodutoras (BARATIERI; NATAL, 2019; CORRÊA et al., 2017; ESPANHA, 2014; NICE, 2015).

Percebeu-se a invisibilidade das mulheres na organização da assistência ao período gravídico puerperal dos três casos, com prioridade a preservação da criança e falta de integralidade às mulheres. A própria Rede Cegonha (BRASIL, 2011), principal estratégia brasileira atual para atenção obstétrica e neonatal, recebe críticas pois desvincula a atenção ao parto e nascimento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), reforça o materno-infantilismo ao delimitar suas prioridades e o termo “rede” colabora para o entendimento de saúde das mulheres ligada a maternidade (AQUINO, 2014).

Essa organização pode ter influenciado as políticas locais dos casos estudados, onde não é realizado monitoramento sistemático de indicadores pós-parto, não há protocolos/diretrizes assistenciais e cursos/atualizações para profissionais específicos para essa situação. Tais aspectos contribuem para a invisibilidade das mulheres na assistência direta pelos profissionais de saúde na APS, já que após o nascimento as mulheres deixam de ser prioridade do cuidado à saúde (CORRÊA et al., 2017; JUSTINO et al., 2019; OLLIVIER; ASTON; PRICE, 2019).

Por outro lado, as boas condições de vida, especialmente relacionadas a renda e escolaridade foram considerados fatores externos favoráveis à assistência pós-parto, o que fortalece a autonomia das mulheres, implicando inclusive em menor influência de crenças populares nesse período (QUIRINO et al., 2016).

Outro fator externo que pode influenciar a assistência pós-parto, é a busca de informações na internet. Considerando que, embora existam inúmeros sites que contêm

informações relacionadas à saúde, a capacidade dos usuários de encontrar intervenções de saúde cientificamente robustas não é totalmente conhecida (ROGERS et al., 2017). Por isso, é importante que os profissionais reconheçam essa realidade e auxiliem as mulheres nas melhores escolhas na busca de informações, além de incorporar ferramentas digitais de comunicação na assistência, como teleconsulta, e-mail, aplicativos, entre outros (TASCA et al., 2020).

No que se refere aos fatores políticos-institucionais relacionados a dimensão gestão, identificou-se que a ESF, Rede Cegonha e PMAQ são políticas e programas que favorecem a organização da rede, e interferem positivamente na assistência quando implementados de acordo com seus princípios (RAMOS; SETA, 2019; TASCA et al., 2020; UCHÔA et al., 2016).

Nessa direção, aspectos da organização da rede como contrarreferência, prontuário eletrônico e articulação com hospitais de referência são importantes para captação da puérpera em tempo oportuno e continuidade do cuidado. Apesar disso, todos os Casos analisados apresentam problemas quanto a contrarreferência, o que corrobora com a literatura (ALMEIDA; SANTOS, 2016). O prontuário eletrônico integrando toda rede é um aspecto favorável à assistência, pois qualifica a continuidade do cuidado, sem barreiras informacionais (TASCA et al., 2020), porém, essa realidade foi encontrada apenas no Caso 1. Além disso, a literatura mostra que o agendamento da consulta pós-parto antes da alta é um fator que aumenta a adesão das mulheres às consultas (HENDERSON et al., 2016), sendo que isso decorre de uma boa articulação entre maternidade e APS, conforme encontrado no Caso 2.

Outro aspecto importante da dimensão gestão é que os gestores de saúde devem proporcionar apoio constante aos profissionais da APS para aumentar a resolubilidade nesse ponto de atenção (TASCA et al., 2020). Identificou-se como importante para o desenvolvimento profissional na APS o uso de tecnologias da informação e comunicação (telessaúde) e apoio matricial de profissionais especialistas, que favorece assistência pós-parto. Esse cenário é coerente com a literatura, a qual traz o PMAQ como incentivador de tais estratégias (UCHÔA et al., 2016).

Entretanto, identificou-se falta de apoio aos profissionais quando se refere às dificuldades de acesso em tempo oportuno a psicólogo, psiquiatra e métodos contraceptivos de longa permanência ou definitivos. Esse cenário resulta em redução da resolutividade da APS e consequente falta de atenção integral às mulheres (ALMEIDA; SANTOS, 2016; ESPANHA, 2014; HENDERSON et al., 2016; NICE, 2015).

A qualificação profissional influenciou o grau de implantação das duas dimensões analisadas no estudo, de modo que foi o aspecto que teve maior importância na influência do grau de implantação da dimensão execução.

A educação permanente, principal aspecto favorável da qualificação profissional para o Caso 3 em ambas as dimensões, é uma reflexão, produção de conhecimento, planejamento e implementação de ações embasada na realidade local, que favorece que as equipes de saúde exerçam o trabalho interdisciplinar, impactando em constante melhoria da qualidade da assistência (BRASIL, 2015). Além disso, esse caso tem um plano de formação de profissionais especialistas em APS, que é uma recomendação para o fortalecimento desta (TASCA et al., 2020).

O Caso 3, com melhor grau de implantação na dimensão execução, também foi notório nessa, por possuir uma equipe unida, alinhada, especializada em saúde da família e que procura assistir mulheres e crianças de forma igual, o que confere um perfil profissional favorável para atuação da APS (TASCA et al., 2020).

Apesar disso, a ausência de protocolo/diretrizes clínicas foi um fator desfavorável para todos os casos estudados, implicando em falta de atenção a maior parte das necessidades de saúde das mulheres, já que esse é um instrumento que, por ser baseado nas melhores evidências científicas, fomenta a tomada de decisões efetivas e seguras (ESPANHA, 2014; NICE, 2015; TASCA et al., 2020), auxilia a atenção integral e otimiza a assistência, melhorando sua qualidade (ESPANHA, 2014; NICE, 2015). Nos casos estudados a qualidade da assistência foi fortemente dependente do conhecimento e formação individual de cada profissional, o que contribuiu para as diferenças entre os graus de implantação na dimensão execução.

Outro aspecto importante que surgiu como desfavorável, para o Caso 1, é o excesso de demanda na unidade de saúde, que dificulta o acesso das mulheres aos profissionais, prejudica a continuidade do cuidado e a qualidade dos atendimentos prestados (CORRÊA et al., 2017). É consenso na literatura que a ampliação e consolidação da ESF de acordo com os atributos da APS é fundamental para melhorar a qualidade da assistência (TASCA et al., 2020), portanto, cabe a gestão municipal fomentar essa realidade.

Nessa direção, um dos atributos da APS é a longitudinalidade, que pressupõe o vínculo contínuo com os usuários, o qual foi visto como um facilitador da assistência pós-parto, tanto pelos profissionais, como pelas mulheres. Assim, para o fortalecimento do vínculo e continuidade dos cuidados, idealmente o primeiro contato pós-parto deve ocorrer dentro dos primeiros sete dias, e ter seguimento conforme as necessidades das mulheres até o puerpério remoto, favorecendo o atendimento em tempo oportuno, prevenção de intercorrências e

aumentando a satisfação das mulheres(CORRÊA et al., 2017; ESPANHA, 2014; NICE, 2015; SÉNAT et al., 2016).

Decorrente da falta de dados e monitoramento de indicadores pós-parto pelos casos analisados, não foi possível realizar a análise da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados, um dos componentes da análise de implantação(HARTZ, 1997), constituindo-se em uma limitação do estudo. Outra limitação é que o presente estudo não permite a generalização dos dados, no entanto, os resultados encontrados foram coerentes com a literatura e a validade externa do estudo de Casos múltiplos se dá pela possível replicação em outras unidades de análise(YIN, 2015). Além disso, considerando que a teoria do programa(BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020) foi construída com base em estudos nacionais e internacionais, é possível replicar o estudo e utilizar suas recomendações em diferentes realidades, considerando suas especificidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do material empírico permitiu identificar os principais determinantes contextuais que influenciaram no grau de implantação da assistência pós-parto no Casos estudados.

As condições favoráveis de vida da população e as poucas crenças e tabus relacionadas aos cuidados pós-parto, que implicam em melhor adesão às orientações profissionais, foram considerados determinantes externos favoráveis às dimensões gestão e execução. Sobre os determinantes político-institucionais, a dimensão gestão foi favorecida ainda pelas políticas e programas de saúde vigentes que propiciam a organização da rede. A boa articulação com o hospital de referência (principalmente Caso 2) e prontuário eletrônico integrado (Caso 1), quando existentes, também foram considerados favoráveis por viabilizar a continuidade do cuidado. A dimensão execução foi influenciada favoravelmente especialmente pelo vínculo estabelecido ao longo do tempo entre mulheres e profissionais de saúde (nos três casos) e perfil profissional adequado para saúde da família (Caso 3).

Ressalta-se que todos os casos tiveram implantação incipiente da assistência pós-parto na dimensão gestão e implantação incipiente ou parcial para a dimensão execução, influenciada especialmente, no âmbito do contexto externo, pela invisibilidade das mulheres na organização do cuidado no período pós-parto, manutenção do materno-infantilismo e visão reprodutiva das mulheres, da sociedade, profissionais de saúde e políticas públicas. Quanto aos determinantes

políticos institucionais, a dimensão gestão foi desfavorecida pela falta de contrarreferência, falta de articulação com o hospital de referência (Casos 1 e 3), falta de acesso em tempo oportuno a profissionais como psicólogo, psiquiatra e métodos contraceptivos, que são importantes para aumentar a resolutividade na APS e viabilizar a atenção integral. A dimensão execução ainda foi influenciada de forma desfavorável pelo excesso de demanda de usuários na unidade de saúde (Caso 1), ausência de protocolos clínicos e de qualificação profissional para atenção pós-parto.

A assistência em saúde das mulheres ainda é orientada para a maternidade, e a assistência pós-parto não é uma prática clínica consolidada por meio de diretrizes clínicas, tampouco há planejamento de ações e monitoramento da situação da saúde das mulheres nesse período. Além disso, não há prática de educação permanente e atualização dos profissionais de saúde para assistência pós-parto. Tais aspectos limitam a qualificação profissional e foi um fator que influenciou o grau de implantação nos três casos analisados, especialmente na dimensão execução.

Considerando a análise dos determinantes contextuais, foi possível elaborar algumas recomendações para melhorar a assistência às mulheres no pós-parto: transversalizar a PNAISM para o cuidado em todos os momentos da vida das mulheres; constante trabalho educativo, tanto com a sociedade como juntos aos profissionais de saúde em prol da visibilidade das mulheres no pós-parto; incluir monitoramento de indicadores pós-parto nas ações de atenção ao período gravídico-puerperal; qualificar a assistência especialmente por meio de atualizações sobre pós-parto, implementação de protocolos/diretrizes clínicas específicas e apoio matricial aos profissionais da APS. Além disso, faz-se necessário o fortalecimento da APS, considerando essa a principal prestadora de cuidados pós-parto.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 80, 2016.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 424–434, 2017.
- AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S8–S10, 2014.
- BARATIERI, T. **Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil**. [s.l.] Universidade Federal de Santa

Catarina, 2020.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Postpartum program actions in primary health care: An integrative review. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4227–4238, 1 nov. 2019.

BARATIERI, T.; NATAL, S.; HARTZ, Z. M. DE A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Cadernos de Saúde Pública**, n. no prelo, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha.**, 2011.

BRASIL. **O Trabalho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde – Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores.** Brasília: [s.n.].

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

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e serviços de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 25, n. 4, p. 767–776, 2016.

CORREIA, M. S. M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1–12, 2017.

ESPAÑA. **Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.** [s.l.] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10., 2014.

HARTZ, Z. M. DE A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HENDERSON, V. et al. Understanding Factors Associated with Postpartum Visit Attendance and Contraception Choices: Listening to Low-Income Postpartum Women and Health Care Providers. **Maternal and Child Health Journal**, v. 20, p. 132–143, 2016.

JUSTINO, G. B. DA S. et al. Sexual and reproductive health in the puerperium: women's experiences. **Journal of Nursing UFPE**, v. 13, p. e240054, 2019.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative data analysis: a methods sourcebook.** 3. ed. Califórnia: SAGE Publications, Inc. Arizona State University., 2014.

NICE. **National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth.** [s.l.] National Institute for Health and Care Excellence, 2015.

- OLLIVIER, R. A.; ASTON, M. L.; PRICE, S. L. Exploring postpartum sexual health: A feminist poststructural analysis. **Health Care for Women International**, v. 0, n. 0, p. 1–20, 2019.
- QUIRINO, A. F. A. et al. Práticas de autocuidado no primeiro ano pós-parto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 436–444, 2016.
- RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. DE. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, 8 abr. 2019.
- ROGERS, M. A. et al. Internet-Delivered Health Interventions That Work: Systematic Review of Meta-Analyses and Evaluation of Website Availability. **Journal of medical internet research**, v. 19, n. 3, p. 1–33, 2017.
- SÉNAT, M. V. et al. Postpartum practice: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 202, p. 1–8, 1 jul. 2016.
- STAKE, R. E. **Multiple Case Study Analysis**. New York: The Guilford Press, 2006.
- TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 6 jan. 2020.
- UCHÔA, S. A. DA C. et al. Acesso potencial à atenção primária em saúde: O que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo realizou a análise de implantação da assistência pós-parto às mulheres na APS por meio de um EA e de um estudo de casos múltiplos.

No EA elaborou-se a teoria do programa, estabelecendo a contextualização e um desenho lógico do programa, com objetivo, metas, atividades, produtos, resultados e impacto, até então não sistematicamente explicitados na literatura e documentos sobre o tema, de acordo com a perspectiva dos *stakeholders*. Considerando sua compreensão e operacionalização lógica, foi possível determinar a avaliabilidade do programa por meio de uma análise de implantação.

No estudo de casos múltiplos identificou-se implantação incipiente ou parcial da assistência pós-parto para as dimensões gestão e execução nos três Casos analisados, sendo possível identificar a falta de integralidade na assistência, considerando que a gestão não oportuniza as condições ideais para APS na maioria dos critérios/indicadores analisados, e na dimensão execução não são incorporadas as principais necessidades de saúde das mulheres na prática assistencial.

A análise do material empírico identificou os principais determinantes contextuais que influenciaram no grau de implantação da assistência pós-parto no Casos estudados, influenciada especialmente, no âmbito do contexto externo, pela invisibilidade das mulheres na organização do cuidado no período pós-parto, manutenção do materno-infantilismo e visão reprodutiva das mulheres, da sociedade, profissionais de saúde e políticas públicas.

A assistência em saúde das mulheres ainda é orientada para a maternidade, e a assistência pós-parto não é uma prática clínica consolidada por meio de diretrizes clínicas, tampouco há planejamento de ações e monitoramento da situação da saúde das mulheres nesse período. Além disso, não há prática de educação permanente e atualização dos profissionais de saúde para assistência pós-parto. Tais aspectos limitam a qualificação profissional e foi um fator que influenciou o grau de implantação nos três casos analisados, especialmente na dimensão execução.

Como principais recomendações para melhorar a assistência pós-parto, o presente estudo indica que: haja monitoramento de indicadores e planejamento de ações para atenção pós-parto; sejam implantadas diretrizes clínicas e realizadas qualificações permanentes dos profissionais de saúde, com vistas na prestação da atenção integral às mulheres, especialmente a fim de superar o foco na saúde física e atenção materno-infantil; transversalizar a PNAISM

para o cuidado em todos os momentos da vida das mulheres; constante trabalho educativo, tanto com a sociedade como junto aos profissionais de saúde em prol da visibilidade das mulheres no pós-parto. Além disso, faz-se necessário o fortalecimento da APS, considerando essa a principal prestadora de cuidados pós-parto.

O estudo mostrou que o modelo teórico proposto tem potencial para ser replicado em outros locais, tanto no Brasil, quanto em outros países, já que as necessidades de saúde das mulheres no pós-parto são comuns em diferentes realidades, ainda que haja especificidades.

REFERÊNCIAS

- ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Postpartum Care: Acog committee opinion. v. 131, n. 728, p. 35–42, 2018.
- ALMALIK, M. M. A. Understanding maternal postpartum needs: A descriptive survey of current maternal health services. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 23–24, p. 4654–4663, 2017.
- ALVES, C. K. DE A. et al. Interpretação e Análise das informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: SAMICO, I. et al. (Eds.). . **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 89–107.
- ANKER, M. et al. Rapid evaluation methods (REM) of health services performance: methodological observations. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 71, n. 1, p. 15–21, 1993.
- AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S8–S10, 2014.
- BARATIERI, T. et al. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 231–46, 2019a.
- BARATIERI, T. et al. Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: revisão sistemática. **Revista de APS**, v. 22, n. 3, p. no prelo, 2019b.
- BARATIERI, T.; NATAL, S. Postpartum program actions in primary health care: An integrative review. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4227–4238, 1 nov. 2019.
- BARATIERI, T.; NATAL, S.; HARTZ, Z. M. DE A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Cadernos de Saúde Pública**, n. no prelo, 2020.
- BASHOUR, H. N. et al. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: A randomized controlled trial. **Public Health Nursing**, v. 25, n. 2, p. 115–125, 2008.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Eds.). . **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65–78.
- BICK, D. E.; MACARTHUR, C. Attendance, content and relevance of the six week postnatal examination. **Midwifery**, v. 11, n. 2, p. 69–73, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.**
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996: Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma operacional da assistência à saúde / NOAS-SUS 01/2001.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 28 fev. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha.,** 2011b.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>. Acesso em: 25 abr. 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as mulheres.** Brasília: [s.n.].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (Cadernos de Atenção Básica, 13).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde: Estatísticas vitais.** Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

BRODRIBB, W.; ZADOROZNYJ, M.; DANE, A. The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 1, p. 1, 2013.

BUTCHART, W. A.; TANCRED, B. L.; WILDMAN, N. Listening to women: focus group discussions of what women want from postnatal care. **Curatationis**, v. 22, n. 4, p. 3–8, 1999.

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 25, n. 4, p. 767–776, 2016.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. Framework for Program Evaluation in Public Health. **Morbidity and mortality weekly report**, v. 48, n. rr-11, p. 1–66, 1999.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113–26.

CHAMPAGNE, F. et al. A Análise da Implantação. In: **Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 217–238.

CORREA, M. S. et al. Women's Perception Concerning Health Care in the Post-Partum Period:

A Meta-Synthesis. **SciRes. Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 4, n. May, p. 416–426, 2014.

CORRÊA, M. S. M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1–12, 2017.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Eds.). . **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319–336.

COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). . **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 979–1010.

CRAIG, P.; CAMPBELL, M. **Evaluability Assessment : a systematic approach to deciding whether and how to evaluate programmes and policies**. Scotland: What Works Scotland, 2015.

DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 133–151, 2012.

DINIZ, S. G. A Atenção Integral e a Caixa de Pandora: notas sobre a experiência do Coletivo Feminista Sexualidade Saúde. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Eds.). . **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 377–96.

ERRADO. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha**. [s.l: s.n.].

ESPANHA. **Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio**. [s.l.] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10., 2014.

GARTLAND, D. et al. Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: a prospective cohort. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 123, n. 7, p. 1203–1211, 2016.

GLAVIN, K. et al. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women - a one-year follow-up study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 21–22, p. 3051–3062, 2010.

HARAN, C. et al. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care-a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 51, p. 1–9, 2014.

HARTLEY, S. et al. “You’re more likely to tell the GP if you’re asked”: Women’s views of care from general practitioners in the first postpartum year. **Australian Journal of Primary Health**, v. 18, n. 4, p. 308–312, 2012.

HARTZ, Z. M. DE A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HASS, C. N.; TEIXEIRA, L. B.; BEGHETTO, M. G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**,

v. 34, n. 3, p. 22–30, 2013.

LANGLOIS, É. V et al. Inequities in postnatal care in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Organ**, v. 93, p. 259–270, 2015.

LAPORTE-PINFILDI, A. S. C. et al. The nutritional care during the prenatal and postpartum: Perceptions of managers of Primary Health Care | Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: Percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. **Revista de Nutricao**, v. 29, n. 1, p. 109–123, 2016.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. **Annual Review of Public Health**, v. 31, n. 1, p. 213–233, 2010.

MARTIN, A. et al. Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. **Maternal and Child Health Journal**, v. 18, p. 707–713, 2014.

MCDONALD, E. A. et al. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. **Midwifery**, v. 34, p. 15–20, 2016.

MCDONALD, E.; WOOLHOUSE, H.; BROWN, S. J. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. **Birth**, v. 42, n. 4, p. 354–361, 2015.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative data analysis: a methods sourcebook**. 3. ed. Califórnia: SAGE Publications, Inc. Arizona State University., 2014.

MORAES, C. L. DE et al. Prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. 1–13, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MUNK-OLSEN, T. et al. Use of primary health care prior to a postpartum psychiatric episode. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 33, n. 2, p. 127–133, 2015.

NABUKERA, S. K. et al. Use of postpartum health services in rural Uganda: Knowledge, attitudes, and barriers. **Journal of Community Health**, v. 31, n. 2, p. 84–93, 2006.

NCCPC. **National Collaborating Centre for Primary Care. Postnatal Care: routine postnatal care of women and their babies**. London: Royal College of General Practitioners (UK), 2006.

NICE. **National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance**. [s.l.] The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2014.

NICE. **National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth**. [s.l.] National Institute for Health and Care Excellence, 2015.

OLIVEIRA, D. DO C. et al. **Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia**

saúde da família Escola Anna Nery scielo , , 2013.

ONU. Secretaria Geral das Nações Unidas. **The Global Strategy for Women's and Children's Health (2010-2015)**. [s.l: s.n.].

ONU. **Agenda 2030 ONU Brasil**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

ONU. Secretaria Geral das Nações Unidas. **ESTRATÉGIA GLOBAL PARA A SAÚDE DAS MULHERES, DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES (2016-2030)**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy/>>.

ONU. **Organização das Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano para América Latina e Caribe**. [s.l: s.n.].

PARADA, C. M. G. DE L. An evaluation of the prenatal and puerperal care provided in an upstate region of the State of Sao Paulo in 2005. **Avaliacao da assistencia pre-natal e puerperal desenvolvidas em regio do interior do Estado de Sao Paulo em 2005.**, v. 8, n. 1, p. 113–124, 2008.

PAZ PASCUAL, C. et al. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. **Atencion Primaria**, v. 48, n. 10, p. 657–664, 2016.

PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Ferramenta para a ação política das mulheres**. [s.l: s.n.].

ROBLING, M. et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 387, n. 10014, p. 146–155, 2016.

RODRIGUES, D. P.; PEREIRA, M. S. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 277–286, 2006.

SAÏAS, T. et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. **PLoS ONE**, v. 7, n. 5, 2012.

SANTOS, S. R. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 266–71, 2000.

SEGRE, L. S. et al. Depression Screening of Perinatal Women by the Des Moines Healthy Start Project: Program Description and Evaluation. **Psychiatric Services**, v. 63, n. 3, p. 250–255, 2012.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. DE G. DO; CECATTI, J. G. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saude Publica**, v. 26, n. 7, p. 517–525, 2004.

SILVA, E. C. et al. Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. Supl. 7, p. 2826–2833, 2017.

SILVA, L. L. B. et al. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, p. 1–8, 2016.

SOUZA, A. B. Q.; FERNANDES, M. B. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, p. 594–604, 2014.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. DE A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. DE A.; SILVA, L. M. V. (Eds.). **Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65–102.

STAKE, R. E. **Multiple Case Study Analysis**. New York: The Guilford Press, 2006.

TEIXEIRA, R. C. et al. Health needs of women in the postpartum. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 621–628, 2015.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1–25, 2005.

TREVISAN, M. S.; WALSER, T. M. **Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use**. [s.l.] Publications, SAGE, 2015.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 312–319, 2012.

WALSER, T. M.; TREVISAN, M. S. Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and Recommendation. Walser TM, Trevisan MS. Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and Recommendation. **American Journal of Evaluation**, v. 37, n. 1, p. 118–138, 2016.

WHO. **World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2013.

WHO. **World Health Organization. Global Health Observatory: Women and health**. Disponível em: <https://www.who.int/gho/women_and_health/en/>. Acesso em: 24 fev. 2019.

WHO. **World Health Organization. The Global Health Observatory**. Disponível em: <<https://www.who.int/data/gho/>>. Acesso em: 31 jan. 2020.

WHO. **World Health Organization. Women's health**. Disponível em: <https://www.who.int/topics/womens_health/en/>. Acesso em: 24 fev. 2019.

WOOLHOUSE, H.; MCDONALD, E.; BROWN, S. J. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: Women's experiences with health professionals.

Australian Journal of Primary Health, v. 20, n. 3, p. 298–304, 2014.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados: entrevista com *stakeholder*

- 1 – Na sua visão, quais são as necessidades de saúde das mulheres no pós-parto?
- 2 – Quais são os objetivos da assistência pós-parto na atenção primária?
- 3 – Quais são as metas que devem ser alcançadas ao prestar assistência às mulheres no pós-parto?
- 4 – Como deve ser, idealmente, prestada a assistência às mulheres no pós-parto pelos profissionais da atenção primária? Fale-me sobre as ações/atividades e resultados esperados:
- 5 – Quais são os fatores que podem influenciar a prestação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária?

APÊNDICE B – Modelo Teórico de Avaliação

O Modelo Teórico de Avaliação (MTA) da assistência pós-parto às mulheres na APS apresenta a teoria de como idealmente essa assistência funciona para alcançar seus objetivos, de acordo com a Figura.

A assistência pós-parto tem por objetivo realizar aconselhamento e apoio para a recuperação da gravidez, parto e nascimento, continuidade do cuidado pré-natal, com identificação oportuna de situações de risco e vulnerabilidade e gestão adequada das necessidades de saúde física, psicológica, emocional e social das mulheres, além de facilitar a adaptação em família. Identificaram-se distintos fatores contextuais que podem atuar sobre a assistência pós-parto, interferindo no impacto final, ou seja, na redução da morbimortalidade de mulheres (BARATIERI, NATAL, 2018, ESPANHA, 2014, NICE, 2015, WHO, 2015, entrevistas com stakeholders).

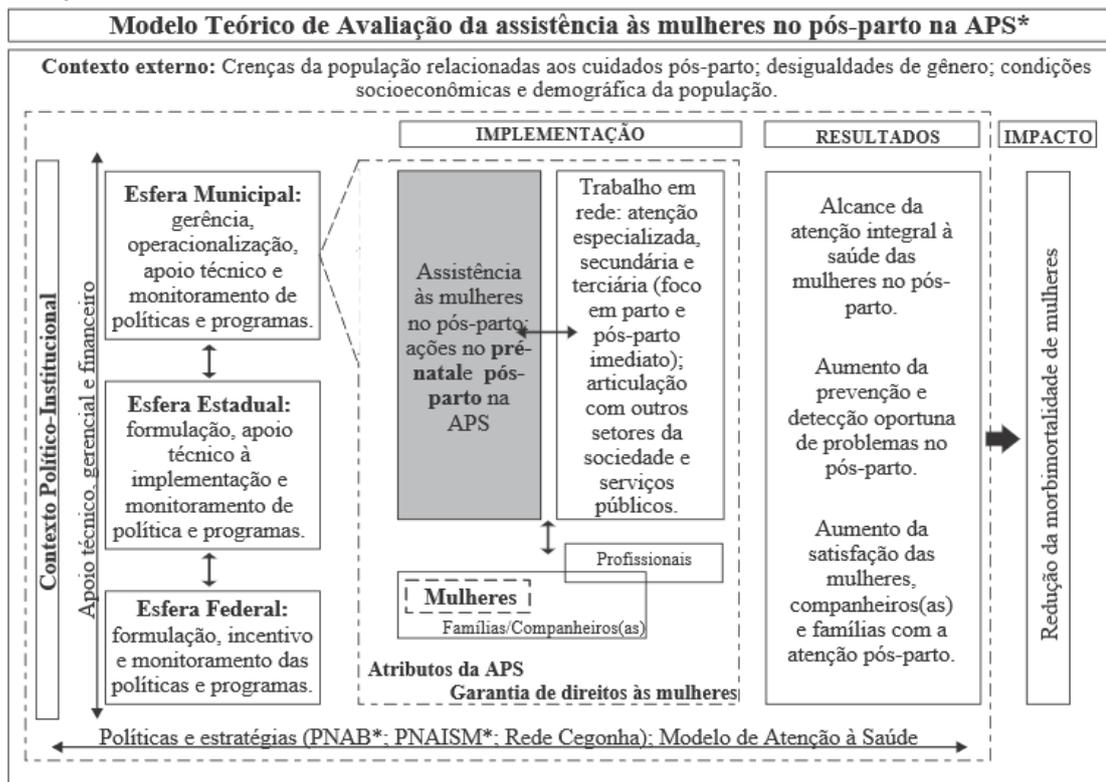
Na compreensão do contexto deve-se considerar as crenças da população relacionadas aos cuidados pós-parto, as quais exigem dos profissionais compreensão e adaptação do cuidado, além das condições socioeconômicas e demográficas (como a idade, escolaridade, renda, condições de saneamento básico, Índice de Desenvolvimento Humano, acesso a plano de saúde privado, famílias com bolsa família) que podem interferir na adesão às orientações e cuidados. As concepções arraigadas tanto da população como de profissionais e gestores quanto às desigualdades de gênero podem levar a assistência reducionista ao papel das mulheres enquanto reprodutoras (BARATIERI, NATAL, 2018, ESPANHA, 2014, NICE, 2015, WHO, 2015, entrevistas com stakeholders).

Ao tratar sobre o contexto político-institucional, entende-se a necessidade da articulação entre as três esferas de governo, tendo como atribuição comum o apoio técnico gerencial e financeiro, sendo esse último um forte fator influenciador, considerando que o financiamento do SUS é deficiente desde a sua implantação do SUS e tem sido ainda mais ameaçado na atualidade, como por exemplo por meio de políticas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional 95. Como atribuições específicas das esferas de governo tem-se a formulação, incentivo e monitoramento das políticas e programas (Esfera Federal), formulação, apoio técnico à implementação e monitoramento de políticos e programas (Esfera Estadual) e gerência, operacionalização, apoio técnico e monitoramento de políticos e programas (Esfera Municipal) (BRASIL, 2016, entrevistas com stakeholders).

No que tange a implementação da assistência pós-parto entende-se que a APS deve ser a ordenadora do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, a qual deve ter horizontalidade

nas relações entre os pontos de atenção, objetivando oferta de atenção contínua e integral. Assim, a assistência às mulheres para o pós-parto inicia-se no pré-natal com atuação dos profissionais da APS e deve ter continuidade durante o período pós-parto, com os profissionais atuando conforme as necessidades de saúde das mulheres, com envolvimento das famílias e companheiros(as). Essa assistência demanda atuação intersetorial, com pontos de atenção de maior densidade tecnológica, além da atuação conjunta com outros setores públicos e da sociedade, como a política de assistência social e organizações de mulheres. Os atributos da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e a garantia de direitos às mulheres são norteadores de todo o processo de assistência pós-parto. Além disso, a assistência pós-parto é norteada pelas políticas e programas no âmbito da saúde das mulheres e APS, além da configuração do modelo de atenção à saúde (BARATIERI, NATAL, 2018, BRASIL, 2016, ESPANHA, 2014, NICE, 2014, WHO, 2015, entrevistas com stakeholders).

Figura 2: Modelo Teórico de Avaliação da assistência às mulheres no pós-parto na APS, Florianópolis/SC, 2018.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

*APS: Atenção Primária à Saúde; PNAB: Política Nacional de Atenção Básica; PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

APÊNDICE C – Modelo Lógico do Programa

Com a finalidade de demonstrar como a intervenção em estudo deve ser idealmente implantada, foram identificadas, a partir do objetivo do programa, metas para a assistência pós-parto, as quais são operacionalizadas a partir da definição das dimensões, subdimensões, atividades, produtos e impacto da assistência pós-parto às mulheres. As metas estabelecidas para a assistência pós-parto foram identificadas a partir da literatura sobre o tema e das entrevistas com stakeholders, as quais se referem a:

1. Acompanhar e aconselhar 100% das mulheres no pós-parto, junto com companheiros(as) e famílias (entrevistas com stakeholders, BRASIL, 2016, WHO, 2013, ESPANHA, 2014);

2. Identificar e tratar no mínimo 80% de mulheres com sintomas físicos e/ou psicológicos, emocional, social, considerando que 90% das mulheres tem problemas físicos; 80% problemas de saúde sexual; 20-30% tem incontinência urinária (entrevistas com stakeholders, WILKIE et al., 2017, MCDONALD, 2015; GIALLO et al, 2017);

3. Identificar e prestar assistência qualificada a 100% das mulheres com sinais de violência doméstica no pós-parto, considerando-se que no Brasil: 30% das mulheres sofrem violência física no pós-parto (entrevistas com stakeholders; MORAES et al., 2017);

4. Identificar no mínimo 10% de mulheres com DPP (depressão pós-parto), considerando-se que a prevalência de DPP é de 10 a 15% em países desenvolvidos, atingindo até 40% em países em desenvolvimento, sendo que no Brasil há uma prevalência média de 20% (entrevistas com stakeholders, LOBATO et al., 2011);

5. Reduzir para menos de 10% das mulheres com Gravidez de Repetição Rápida, considerando-se que no Brasil, estudo com adolescentes aponta uma prevalência de 42,6% de gravidez de repetição rápida (entrevistas com stakeholders, Albuquerque et al., 2017);

6. Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo para 60% em crianças até 6 meses (CONANDA, 2010).

Com base no exposto, a implementação da assistência pós-parto pode ser observada pelo Modelo Lógico do Programa (MLP), representado graficamente na Figura, constituído por duas dimensões, a “Gestão” e a “Execução”.

As dimensões “Gestão” e “Execução” possuem subdimensões específicas, com atividades próprias, a fim de constituir a lógica do programa e evidenciar a assistência integral às mulheres no pós-parto. Evidencia-se que, a partir, das atividades realizadas, resultam os produtos, os quais provêm de uma ou mais atividades realizadas no âmbito das diferentes

dimensões e suas respectivas subdimensões. Da realização das atividades e produtos, são apresentados resultados, os quais refletem o alcance das metas estabelecidas para a população alvo. Finalmente, o MLP apresenta o impacto, que se caracteriza como o alcance das metas na população geral, o qual não será foco do presente estudo, considerando que tal impacto depende de outros fatores, além da assistência pós-parto (BRASIL, 2016, BARATIERI, NATAL, 2018, ESPANHA, 2014, NICE, 2015, WHO, 2015, entrevistas com stakeholders).

A primeira dimensão do MLP, “Gestão”, busca identificar as atividades e responsabilidades no âmbito da gestão municipal de saúde quanto a provisão de recursos (financeiros, humanos, materiais e físicos), qualificação dos profissionais e da assistência, e garantia de articulação na Rede de Atenção à Saúde, tendo a APS como ordenadora do cuidado, com a finalidade de viabilizar a assistência pós-parto de qualidade no âmbito da Atenção Primária Saúde (BRASIL, 2016, BARATIERI, NATAL, 2018, ESPANHA, 2014, NICE, 2015, WHO, 2015, entrevistas com stakeholders).

A segunda dimensão, “Execução”, se caracteriza pelo escopo de ações/atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS a fim de prestar atenção integral às mulheres no período pós-parto. Para tanto, a assistência deve-se iniciar durante o pré-natal com elaboração do plano de cuidados pós-parto e ter continuidade após o parto por meio de um cuidado longitudinal, com foco nas necessidades de saúde e escolhas das mulheres, com envolvimento de parceiro(a) e/ou família. Refere-se à assistência dos profissionais no âmbito da APS, que deve ser permeada pelo respeito às escolhas das mulheres e envolvimento de família e companheiros(as) em todo processo de assistência (BRASIL, 2016, BARATIERI, NATAL, 2018, ESPANHA, 2014, NICE, 2015, WHO, 2015, entrevistas com stakeholders).

APÊNDICE D – Matriz de Análise e Julgamento

DIMENSÃO GESTÃO

Definição: A dimensão “gestão” busca identificar as atividades e responsabilidades no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde quanto a normatização e padronização da atenção, provisão de recursos (financeiros, humanos, materiais e físicos), qualificação dos profissionais e da assistência e garantia de articulação na Rede de Atenção à Saúde, tendo a APS como ordenadora do cuidado, com a finalidade de viabilizar a assistência pós-parto de qualidade no âmbito da APS.

Esta dimensão apresenta três subdimensões que são: “recursos financeiros, materiais e físicos”; “recursos humanos” e “mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade”. As categorias foram desagregadas em critérios ou em indicadores conforme apresentado no Quadro 1:

Quadro 1: Matriz de Análise e Julgamento da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária: dimensão gestão. Florianópolis/SC, 2018.

Subdimensão Recursos financeiros, materiais e físicos (10 pontos): O financiamento da saúde é responsabilidade das três esferas do governo, sendo que a União deve aplicar, anualmente, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já os estados e municípios devem aplicar anualmente no mínimo 12% e 15%, respectivamente da arrecadação de impostos (BRASIL, 2012). As ações em saúde devem ser planejadas e por meio da Programação Anual de Saúde o município atualiza as metas do Plano de Saúde e prevê os recursos orçamentários, sua execução deve ser apresentada por meio do relatório anual de gestão (CONASS, 2015). Além disso, deve oferecer condições de infraestrutura adequada para o desenvolvimento do processo de trabalho para a assistência pós-parto. Entende-se por infraestrutura toda a parte física envolvida na prestação de serviços, as instalações e os equipamentos, que são componentes necessários ao atendimento dos usuários (NEVES, 2010).							
Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME*	PO*	GI* (%)
Ações para saúde das mulheres no pós-parto contemplados na Programação Anual de Saúde e executadas no último ano	As metas para a saúde das mulheres no pós-parto devem estar contempladas no Plano de Saúde, atualizadas anualmente na Programação de Saúde	documental (programação anual de saúde/relatório	não se aplica	Contempladas e executadas (2) Não contempladas (0)	2		

	e sua execução apresentada no Relatório Anual de Gestão (CONASS, 2015)	anual de gestão); entrevista com gestores					
Execução do recurso de repasse estadual e federal destinado a APS no último ano	A execução dos recursos de transferência direta efetuados pelo Estado e pela União aos municípios demonstra a capacidade técnica do município de colocar em execução o planejamento, sendo necessário o monitoramento e a avaliação contínua do padrão de financiamento e gasto em saúde.	entrevista com gestores/SIOPS	não se aplica	Executado (2) Não executa (0)	2		
Disponibilidade de equipamentos essenciais nas UBSs	É responsabilidade da gestão municipal disponibilizar materiais e equipamentos essenciais nas UBSs para o adequado acompanhamento, monitoramento e vigilância das condições de saúde das mulheres no pós-parto, os quais constituem-se em: mesa para exame clínico, mesa para exame ginecológico, balança adulto de 150kg e 200kg, estetoscópio, esfigmomanômetro para adultos e pessoas obesas, foco de luz.	PMAQ 3º ciclo (UBS): Questões I.8.2, I.8.3, I.8.5, I.8.9, I.8.10, I.8.14, I.8.15, I.8.16	nº de UBSs do município que aderiram ao PMAQ com medida adequada / nº total de UBS que aderiram ao PMAQ (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIIM (0)	1		
Disponibilidade de contraceptivos nas UBSs	A gestão municipal deve garantir a disponibilidade, nas UBSs, de diferentes métodos contraceptivos, viabilizando a escolha dos usuários - DIU, preservativo feminino e masculino, pílula combinada (etinilestradiol+levonorgestrel), pílula de emergência (levonorgestrel), minipílula (noretisterona), injetável mensal (valerato de estradiol+enantato de noretisterona), injetável trimestral (medroxiprogesterona).	PMAQ 3º ciclo (UBS): Questões I.12.13, I.12.23, I.12.24, I.15.6.1, I.15.6.2, I.15.6.3, I.15.6.4, I.15.6.5	nº de UBSs do município que aderiram ao PMAQ com medida adequada / nº total de UBS que aderiram ao PMAQ (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIIM (0)	1		
Disponibilidade de medicamentos essenciais para puérperas nas UBSs	A gestão municipal deve garantir a disponibilidade de medicamentos essenciais para prevenir e tratar os problemas e necessidades mais prevalentes das mulheres no pós-parto. Faz necessário a disponibilidade minimamente de: sulfato ferroso, paracetamol e no mínimo um tipo de antibiótico (cefalexina, clindamicina, eritromicina e gentamicina).	PMAQ 3º ciclo (UBS): Questões I.15.3.2, I.15.4.1, I.15.9.5, I.15.9.10, I.15.9.11, I.15.9.12, I.15.10.3	nº de UBSs do município que aderiram ao PMAQ com medida adequada / nº total de UBS que aderiram ao PMAQ (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIIM (0)	1		
Disponibilidade de materiais para coleta de citopatológico e	A gestão municipal deve garantir a disponibilidade de materiais essenciais para exame ginecológico e coleta de citopatológico do colo do útero em	PMAQ 3º ciclo (UBS): questões: I.12.15, I.12.16,	nº de UBSs do município que aderiram ao	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG	1		

exame ginecológico em puérperas nas UBSs	puérperas (espécule descartável, espátula de Ayres, lâmina de vidro, porta lâmina ou frasco com tampa, fixador de lâmina, escovinha endocervical)	I.12.17, I.12.18, I.12.19, I.12.21,	PMAQ com medida adequada / n° total de UBS que aderiram ao PMAQ (x100)	(0,5) < 75%: RUIM (0)			
Adequação de espaço físico: espaços adequados para espera, atendimento clínico e educativo	A gestão municipal deve garantir espaço físico apropriado nas UBSs para assistência às mulheres no pós-parto, com espaços adequados às mulheres com obesidade e/ou deficiência, com, no mínimo, dois consultórios clínicos exclusivos, sala educativa, sala de espera.	PMAQ 3º ciclo (UBS): questões I.6.1.5, I.6.3.1, I.6.3.2, I.6.3.3, I.6.3.12	n° de UBSs do município que aderiram ao PMAQ com medida adequada /	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1		
Adequação de espaço físico: espaços adequados para pessoas com deficiência		PMAQ 3º ciclo (UBS): questões I.4.2.1, I.4.2.2, I.4.2.3, I.4.2.4, I.4.2.5, I.4.2.6, I.4.2.7, I.6.1.2	n° total de UBS que aderiram ao PMAQ (x100)		1		
Subtotal					10		
Subdimensão recursos humanos (10 pontos): A gestão municipal deve garantir equipe multiprofissional mínima (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) suficiente e qualificada para atender às demandas populacionais para APS (BRASIL, 2017). É fundamental a promoção do aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional para assistência pós-parto, por meio de processo de formação contínua e apoio aos mecanismos que incentivem a educação permanente na rotina dos serviços (AUSTIN, 2011, BRASIL, 2017). Além disso, para a qualificação da assistência, devem ser formalizados o uso de protocolos e diretrizes clínicas (ESPANHA, 2014, MEHNDIRATTA, 2017).							
Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME	PO	GI (%)
Cobertura de atenção primária	A gestão municipal deve garantir que toda população tenha cobertura por profissionais da APS (BRASIL, 2017).	e-gestor Atenção Básica	NA	≥ 90%: BOM (2) 89% a 80%: REG (1) < 79%: RUIM (0)	2		
Equipes de Estratégia Saúde da Família	A gestão municipal é responsável por selecionar, contratar e remunerar os profissionais, garantindo a adequação de pessoal conforme as demandas populacionais, assumindo a ESF como modelo prioritário de APS. A equipe de saúde da família deve ser composta por no mínimo um médico, um	Entrevista com gestores; e-gestor Atenção Básica	Número de equipe de ESF / Número total de equipes de AB (x100)	≥ 90%: BOM (2) 89% a 75%: REG (1) < 75%: RUIM (0)	2		

	enfermeiro; 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2017).						
Qualificação profissional: Profissionais (médicos e enfermeiros) que participaram de cursos/reuniões/ações educativas de atualização sobre saúde das mulheres no último ano	A gestão municipal demonstra preocupação com a melhoria da atenção à saúde quando promove a qualificação profissional por meio de ações educação permanente e educação continuada, devendo, para tanto, implementar mecanismos que incentivem a qualificação dos profissionais na rotina dos serviços de atenção básica. A qualificação sobre pós-parto deve focar as necessidades de saúde das mulheres.	entrevista com gestores e profissionais/documentos	nº de profissionais médicos e enfermeiros com participação em qualificação / nº total de profissionais	≥ 80%: BOM (2) 79% a 50%: REG (1) RUIM (0)	2		
Qualificação profissional: Profissionais (médicos e enfermeiros) que participaram de cursos/reuniões/ações educativas de atualização sobre atenção pós-parto no último ano			nº de profissionais médicos e enfermeiros com participação em qualificação / nº total de profissionais	≥ 80%: BOM (2) 79% a 50%: REG (1) RUIM (0)	2		
Protocolo e/ou diretrizes clínicas para atenção à saúde das mulheres que incluam atenção pós-parto implantados formalmente e disponíveis para uso dos profissionais de saúde	A prática profissional deve ser orientada pelo uso de diretrizes clínicas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, a fim de qualificar a assistência (MEHNDIRATTA, 2017). Para tanto, a gestão municipal deve implantar formalmente diretrizes clínicas e/ou protocolos assistenciais pertinentes.	entrevista com gestores e profissionais/observação de documentos	não se aplica	Existente para todas as categorias profissionais (2); Existente para categoria profissional específica (1) Inexistente (0)	2		
Subtotal					10		
Subdimensão Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade (10 pontos): A gestão municipal deve garantir mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação à assistência às mulheres, além de garantir a assistência nos diferentes pontos de atenção e articulação com setores da sociedade, oportunizando atenção integral e enfrentamento de problemas complexos (STARFIELD, 2002; FEUERWERKER, COSTA, 2000).							
Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME	PO	GI (%)
Existência de mecanismos de referência e contrarreferência entre os diferentes pontos de atenção	A continuidade e integralidade do cuidado às mulheres no pós-parto é favorecida por mecanismos que garantam a comunicação entre os diferentes pontos de atenção (STARFIELD, 2002). A gestão municipal deve garantir a existência de	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	não se aplica	Mecanismos de referência e contrarreferência existente (1) Mecanismos de referência e	1		

	tais mecanismos, seja por meio de documento escrito ou prontuário eletrônico integrado.			contrarreferência inexistente (0)			
Monitoramento de indicadores sobre a assistência pós-parto	A gestão municipal precisa realizar o monitoramento, minimamente, do número de consultas e visitas domiciliares realizadas às mulheres no pós-parto pelas equipes de APS.	Entrevista com gestores	NA	Realiza o monitoramento(1); Não realiza monitoramento (0)	1		
Agendamento da primeira consulta pós-parto	A primeira consulta pós-parto na UBS às mulheres deve ocorrer o mais precoce possível, e idealmente o agendamento do atendimento deve ocorrer no momento da alta. Cabe ao município garantir a comunicação entre a maternidade e a APS, além de fornecer condições organizacionais para a captação precoce das mulheres no pós-parto pela equipe de APS (BRASIL, 2016).	entrevista com gestores, profissionais da APS e puérperas/ documentos	não se aplica	Puérpera sai da maternidade com 1ª consulta agendada na UBS (2) Puérpera tem agenda garantida na UBS (1) sem agendamento (0)	2		
Acesso da puérpera a outros pontos de atenção (quando necessário) disponível e facilitado (Centro de Atenção Psicossocial/Hospital/Unidades de Pronto Atendimento) por meio de rede e fluxos formalizados	A APS deve ser ordenadora do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, a qual precisa ter horizontalidade nas relações entre os pontos de atenção, objetivando oferta de atenção contínua e integral (COSTA, 2014). O município tem a responsabilidade de formalizar fluxos para acesso das puérperas, minimamente, ao Hospital, Centro de Atenção Psicossocial, Unidades de Pronto Atendimento para resolutividade de problemas de saúde, e garantir acesso para realização de laqueadura tubária e vasectomia (para companheiros) como estratégia de fortalecimento das ações de planejamento reprodutivo.	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	não se aplica	Rede e fluxos formalizado/implantado (1) Rede e fluxos não formalizados/implementados (0)	1		
Acesso a serviço de referência para realização de laqueadura tubária e vasectomia em tempo oportuno (60 dias)			não se aplica	Rede e fluxos formalizado/implantado com acesso em tempo oportuno (1) Rede e fluxos não formalizados/implementados ou ofertando tem tempo não oportuno (0)	1		
Atenção especializada: As equipes de AB recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução	O acesso das puérperas à atenção especializada deve ser facilitado e em tempo oportuno (MENDES, 2011), preferencialmente em menos de 30 dias. Os profissionais precisam de apoio	PMAQ 3º ciclo (Equipe): questão II 3.1	nº de equipes aderiram ao PMAQ com medida adequada	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1		

de casos considerados complexos	especialmente de profissionais de saúde mental, nutricionista e fisioterapia, que se caracterizam como importantes para auxiliar na atenção às principais necessidades das mulheres no pós parto.		/ nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ (x100)				
Atenção especializada: Acesso a especialista psiquiatra em tempo oportuno - menos de 30 dias	No presente estudo, elegeu-se o profissional psiquiatra para avaliação, por ser considerado de mais difícil acesso, dessa forma, entendendo que o município oportuniza acesso facilitado a esse, os demais especialistas focais também serão facilitados.	entrevista com gestores e profissionais	não se aplica	menos de 30 dias (1) 30 a 60 dias (0,5) mais de 60 dias (0)	1		
Assiduidade do gestor ou seu representante nas reuniões da Comissão Intergestora Regional no último ano	A Comissão Intergestora Regional (CIR) tem a função de pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011). O gestor municipal deve participar ativamente da CIR a fim de garantir acesso das puerperas a diferentes serviços quando necessário.	entrevista com gestores, documentos	nº de reuniões com participação do gestor ou representante/nº total de reuniões (x100)	100%: BOM (1) 99% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1		
Atuação articulada da APS com outros setores da sociedade por meio de rede e fluxos formalizados/implantados	A articulação com setores da sociedade oportuniza atenção integral e enfrentamento de problemas complexos (FEUERWERKER, COSTA, 2000). O município deve formalizar a articulação da APS minimamente com o serviço de assistência social.	entrevista com gestores e profissionais, documentos	não se aplica	Há fluxos formalizados (1) Há fluxos formalizados para situações pontuais (0,5) Não há fluxos formalizados (0)	1		
Subtotal					10		
Total					30		

*PME: Pontuação Máxima Esperada; PO: Pontuação Observada. GI: Grau de Implantação = $(\sum PO / \sum PE) \times 100$

DIMENSÃO EXECUÇÃO

Definição: A dimensão “execução” se caracteriza pelo escopo de ações/atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS a fim de prestar atenção integral às mulheres no período pós-parto. Para tanto a assistência deve-se iniciar durante o pré-natal e ter continuidade após o parto por meio de um cuidado longitudinal, de acordo com as necessidades das mulheres (WHO, 2013, NICE, 2014, ESPANHA, 2014, BRASIL, 2016).

Esta dimensão apresenta sete subdimensões que são: “longitudinalidade”; “acesso”, “saúde física”, “saúde mental”, “violência doméstica”, “aleitamento materno” e “planejamento reprodutivo”. As categorias foram desagregadas em critérios ou em indicadores que serão apresentados no Quadro 2.

Ressalta-se que no julgamento do parâmetro, quando o cálculo não se aplica, foi julgado da seguinte forma:

- Atende plenamente: Quando os profissionais da APS cumprem de forma integral o critério estabelecido, em consonância com o disposto pelo seu *rationale* (definição).

- Atende parcialmente: Quanto os profissionais da APS atendem em algum aspecto esse critério, de acordo com seu *rationale* (definição). Para determinar a pontuação do item “atende parcialmente”, o critério foi discutido pela equipe de pesquisa após a coleta de dados; por se tratar de um critério subjetivo, a triangulação das diferentes fontes de evidências deu subsídio para discutir o critério, resultando na atribuição da pontuação.

Quadro 2: Matriz de Análise e Julgamento da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária: dimensão execução. Florianópolis/SC, 2018.

Subdimensão "longitudinalidade" (5 pontos): A assistência pós-parto deve ocorrer com respeito às escolhas das mulheres e envolvimento de companheiros (as) e famílias, cuidado longitudinal e ter início durante o pré-natal com elaboração do plano pós-parto (STUMBRAS, 2016, ACOG, 2018). É importante que a assistência seja orientada por diretrizes clínicas, a fim de qualificar o cuidado (ESPANHA, 2014, MEHNDIRATTA, 2017).							
Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME*	PO*	GI (%)*
Envolvimento de famílias e ou companheiros(as) no cuidado às mulheres desde o pré-natal até o pós-parto	Os profissionais da APS devem estimular a participação e envolver companheiros(as) e/ou familiares no cuidado às mulheres durante todos os momentos de acompanhamento, desde o pré-natal até o período pós-parto, a fim de fortalecer a rede de apoio às mulheres (NICE, 2015; ESPANHA, 2014, WHO, 2015, BRASIL, 2016).	Entrevistas (profissionais e puérperas)	não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Estabelecimento do cuidado ao longo do tempo	O cuidado longitudinal pressupõe o acompanhamento das mulheres ao longo do tempo pelo mesmo profissional da APS (STARFIELD, 2002). Para estabelecer o cuidado ao longo do tempo, deve-se no mínimo: a maioria das consultas/atendimentos realizados pelo mesmo profissional; a equipe deve conhecer as famílias; os registros das mulheres devem ser organizados por meio de prontuário familiar.	Entrevistas (profissionais e puérperas); documentos	não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Realização de plano de cuidado pós-parto	Para otimizar os cuidados pós-parto, a orientação antecipada deve começar durante a gravidez, com o desenvolvimento de um plano de cuidados pós-parto que aborde esse período de transição. No plano de cuidados deve-se abordar sobre a saúde emocional, desafios da maternidade, e a recuperação pós-parto, além de discutir a finalidade e importância dos cuidados pós-parto, bem como os tipos de serviços e suporte disponível (ACOG, 2018).	Entrevistas (profissionais e puérperas); documentos	não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Continuidade do cuidado no puerpério remoto	O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças no primeiro ano de vida é uma oportunidade para os profissionais de saúde assistirem as necessidades de saúde das mulheres, assim como, essas estabelecem uma relação confiável para construir discussões sobre	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		

	si, situação essa que deve ser acolhida pelos profissionais (OLIN et al., 2017)						
Uso de protocolos/diretrizes clínicas para atenção às mulheres no pós-parto	Os profissionais devem utilizar diretrizes clínicas para orientar o cuidado por meio das melhores evidências científicas para as mulheres no pós-parto, sem que as diretrizes substituam o julgamento clínico do profissional (ESPANHA, 2014).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Sempre usa (1,0) às vezes usa (0,9 a 0,1) Não usa (0)	1		
Subtotal					5		
Subdimensão "acesso" (5 pontos): O acompanhamento das mulheres no pós-parto deve ocorrer de acordo com suas necessidades de saúde, iniciar-se durante o pré-natal e continuar ao longo do pós-parto remoto, por meio de acolhimento à demanda espontânea, consultas individuais, grupos de apoio/educativos, visitas domiciliares e busca ativa de faltosas (BRASIL, 2016; WHO, 2013, NICE, 2014, ESPANHA, 2014). Minimamente deve ser realizada uma consulta próximo ao sétimo dia, uma até 42 dias, e uma visita domiciliar na primeira semana (WHO, 2013, NICE, 2014, ESPANHA, 2014, BRASIL, 2016).							
Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME*	PO*	GI (%)*
Acolhimento à demanda espontânea	O acolhimento exige que os profissionais escutem todas as puérperas, tornando o serviço inclusivo e resolutivo a partir da escuta qualificada sobre suas necessidades durante todo período de funcionamento da UBS. (BRASIL, 2011). Para acolher às mulheres no pós-parto a unidade de APS deve dispor de no mínimo: espaço na agenda para atendimento à demanda espontânea; protocolo de acolhimento à demanda espontânea.	Entrevistas (profissionais e puérperas)	não se aplica	Acolhimento à demanda espontânea formalizado (1,0); Acolhimento à demanda espontânea não formalizado (0)	1		
Gestantes acompanhadas no pré-natal	O acompanhamento das mulheres desde o pré-natal é fundamental para prestação da atenção contínua e integral, otimizando os cuidados pós-parto (BRASIL, 2016).	documental (SISAB; e-sus)	nº de gestantes com 6 ou mais consultas/nº de gestantes acompanhadas, no mesmo local e período (x100)	≥ 90%: BOM (0,5) 89% a 75%: REG (0,3) < 75%: RUIM (0)	1		
Realização de visita domiciliar na primeira semana	A visita domiciliar deve ocorrer nos primeiros sete dias pós-alta da maternidade, e tem o objetivo de conhecer as condições do parto, avaliar o estado de saúde, interação mãe-bebê e o retorno do organismo materno às condições pré-gravídicas, conhecer as condições emocionais e sociais, identificar situações de risco e intercorrências,	Entrevistas (profissionais e puérperas); documentos	nº de visitas realizadas na primeira semana no último ano/nº de gestantes acompanhadas	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1		

	apoiar o aleitamento materno, orientar o autocuidado, agendar e incentivar sobre consultas pós-parto (BRASIL, 2016).		no último ano (x100)				
Realização de consultas pós-parto	É necessária no mínimo uma consulta pós-parto até 42 dias (BRASIL, 2011), sendo ideal pelo menos dois contatos pós-parto - um na primeira semana e outro ao final de 42 dias - para atender as principais necessidades das mulheres nesse período (WHO, 2013, ESPANHA, 2014, BRASIL, 2016).	Entrevistas (profissionais e puérperas); documentos	nº de consultas realizadas até 42 dias pós-parto no último ano/nº de gestantes acompanhadas no último ano (x100)	≥ 75% com duas consultas: ÓTIMO (1); ≥ 90% com uma consulta: BOM (0,7) 89% a 75% com uma consulta: REG (0,3) < 75%: RUIM (0)	1		
Busca ativa de mulheres faltosas na consulta pós-parto	A busca ativa das mulheres faltosas na consulta pós-parto é uma importante estratégia para atendimento em tempo oportuno para as diferentes necessidades (BRASIL, 2016).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Subtotal					5		
Subdimensão "saúde física" (5 pontos): Os profissionais devem orientar, prevenir, identificar e intervir sobre a saúde física das mulheres, a fim de melhorar a qualidade de vida e saúde destas (WHO, 2013, NICE, 2014, ESPANHA, 2014).							
Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME*	PO*	GI (%)*
Investigação sobre intercorrências/ agravos no pré-natal e parto e intervenção para continuidade do cuidado quando necessário	No primeiro contato pós-parto o profissional deve verificar se houve intercorrências durante o pré-natal, parto e pós-parto imediato, assim como o andamento da resolatividade das intercorrências, a fim de elaborar um plano para a continuidade dos cuidados, incluindo completar esquema vacinal (WHO, 2013, NICE, 2014, ESPANHA, 2014, BRASIL, 2016).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Orientação, prevenção, identificação e intervenção sobre os problemas comuns no pós-parto, conforme necessidades	Os problemas mais comuns no pós-parto são dor perineal, dor de cabeça, dor lombar, constipação, hemorróida, incontinência fecal, retenção ou incontinência urinária, fadiga. O profissional de saúde deve orientar, no período de 2 a 8 semanas pós-parto, sobre a possibilidade de ocorrência destes, conversar sobre estratégias para prevenir cada um desses problemas, assim como o que fazer frente ao surgimento dos mesmos. Além disso, deve intervir para tratar os problemas comuns	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		

	conforme as necessidades das mulheres (WHO, 2013, NICE, 2014, ESPANHA, 2014, BRASIL, 2016).						
Orientação, identificação e intervenção sobre os sinais de alerta no pós-parto, conforme necessidades	O profissional de saúde deve orientar e identificar sinais e sintomas de hemorragia, pre-eclâmpsia/eclâmpsia, infecção e tromboembolismo desde os primeiros dias até 8 semanas pós-parto, e que frente a ocorrência de qualquer sinal de alerta as mulheres devem procurar o serviço de saúde. Além disso, deve realizar exame físico específico e intervir para tratar os problemas conforme as necessidades das mulheres (WHO, 2013, NICE, 2014, ESPANHA, 2014, BRASIL, 2016).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Aconselhamento sobre nutrição/higiene/atividade física	O profissional deve aconselhar sobre a importância da alimentação saudável, higiene (especialmente sobre importância da higiene perineal) e prática progressiva de atividade física, conforme as possibilidades das mulheres (WHO, 2013; NICE, 2014)	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Suplementação de ferro 3 meses pós-parto	A anemia é um agravo comum no pós-parto, e o profissional de saúde deve fazer sua prevenção por meio da prescrição de sulfato ferroso por, no mínimo, três meses após o parto (WHO, 2015, BRASIL, 2016).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Subtotal					5		
<p>Subdimensão saúde mental: Transtornos mentais podem ocorrer durante o período do pré-natal e pós-parto, sendo que os sintomas podem preceder a concepção e continuar com a gestação, ou começar a qualquer momento após a concepção, nascimento ou durante o ano seguinte ao nascimento. No período pós-parto o baby blues ou blues puerperal, estado depressivo mais brando, ocorre em até 90% das mulheres, é transitório, não incapacitante e associado às mudanças cotidianas e perdas vividas pelas mulheres nessa fase de transição (BRASIL, 2016). A Depressão pós-parto (DPP), prevalente em até 40% das mulheres em países em desenvolvimento, é considerada uma das complicações mais comuns no pós-parto (ABIODUN, 2006, ROJAS, 2015; LEUNG et al., 2010). Assim, os profissionais da APS devem fazer a assistência em saúde mental às mulheres, a fim de assegurar a detecção precoce de transtornos e a intervenção terapêutica adequada, com foco na DPP (Abiodun, 2006, Glavin et al., 2010; Leung et al., 2010, WHO, 2013, NICE, 2014, ESPANHA, 2014)</p>							
Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME*	PO*	GI (%)*
Investigação sobre suporte familiar e social durante o pré-natal e no pós-parto	Conhecer e envolver os membros da rede de apoio de uma mulher em seu cuidado, desde o início da gestação, oferece oportunidades para todos os	Entrevistas (profissionais e	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende	1		

	envolvidos obter uma compreensão do impacto da maternidade na saúde emocional e no bem-estar das mulheres, e os fatores psicossociais que afetam relacionamentos familiares. Em cada contato pós-parto essa rede deve ser investigada (AUSTIN, et al., 2011, ESPANHA, 2014, NICE, 2015).	puérperas); prontuários		parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)			
Investigação sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto	Todas as mulheres grávidas devem ser perguntadas sobre história familiar de transtorno bipolar ou psicose pós-parto, se a mulher tem ou teve alguma doença mental, e existência de tratamentos prévios para problemas mentais (SIGN, 2012, ESPANHA, 2014).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Investigação sobre estado emocional durante pós-parto	O profissional deve fazer perguntas breves focadas e com resposta simples (“sim” ou “não”) abordando o humor das mulheres, para detectar sinais de DPP: “Durante o último mês, você se incomodou com frequência por se sentir deprimida ou sem esperança?” e “Durante o último mês, você se incomodou por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?”. Se sim, perguntar: "Isso é algo com o qual você gostaria de ajuda?" (NICE, 2015)	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Orientações sobre alterações emocionais comuns no pós-parto	Entre 10 e 14 dias após o parto o profissional de saúde deve perguntar sobre a resolução de sintomas de depressão pós-parto transitória (<i>maternal blues</i>). Nas primeiras duas semanas deve orientar sobre as principais alterações emocionais (fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade), indicando que são sintomas transitórios e decorrentes das alterações físicas, emocionais e sociais próprias do período (BRASIL, 2016; ESPANHA, 2014, NICE, 2015).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		

Aplicação de escala para diagnóstico de DPP ao identificar sinais de alerta	Os sintomas de DPP podem ser identificados por profissional não especialista da APS por meio da aplicação de instrumentos validados. A Escala de Edimburgh é a mais utilizada (AUSTIN et al., 2011, NICE, 2015, ESPANHA, 2011).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Subtotal					5		
Subdimensão "violência doméstica": A violência entre parceiros íntimos causa efeitos duradouros e cumulativos, que permanecem mesmo após a sua cessação. As consequências podem ser devastadoras quando a violência ocorre durante a gravidez ou nos primeiros meses pós-parto, como problemas mentais, podendo ser uma causa de morte materna. Os serviços de APS podem servir como locais de alerta e sentinela para a detecção de mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo, já que esses são muitas vezes a principal porta de entrada para o sistema de saúde (MORAES et al., 2017; HOWARD et al., 2013).							
Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME*	PO*	GI (%)*
Orientação sobre violência doméstica	O profissional deve explicar às mulheres que a violência doméstica se trata de qualquer incidente de comportamento controlador, coercitivo ou ameaçador, incluindo abuso psicológico, físico, sexual, financeiro e emocional. Deve ainda, explicar sobre os direitos das mulheres e sobre onde procurar ajuda frente a qualquer sinal de violência (NICE, 2014)	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (2,0) Atende parcialmente (1,9 a 0,1) Não atende (0)	1,5		
Identificação e atenção às mulheres em situação de violência doméstica	O profissional de saúde atentar para os sinais de violência doméstica, e frente sua identificação deve apoiar as mulheres, orientar sobre os serviços de apoio, fazer os encaminhamentos cabíveis conforme suas as necessidades, sem perder o contato com as mesmas após seu encaminhamento para outro serviço (NICE, 2014)	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (2,0) Atende parcialmente (1,9 a 0,1) Não atende (0)	2		
Notificação de casos de violência doméstica	Frente a identificação de casos de violência doméstica o profissional de saúde deve realizar a "notificação compulsória".	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1,5		
Subtotal					5		
Subdimensão aleitamento materno: Inúmeros são os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher (RITO et al., 2013), e as principais dificuldades para a manutenção deste surgem nos primeiros meses pós-parto, sendo que a APS se constitui em um ambiente incentivador dessa prática (PASSANHA et al., 2013), considerando sua proximidade à mulher e seu papel prioritário na prestação da atenção puerperal (NICE, 2015).							

Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME*	PO*	GI (%)*
Recomendação e promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses	Desde o pré-natal, o profissional de saúde deve estimular o aleitamento materno exclusivo até 6 meses indicando: benefícios para as mulheres e crianças; principais dificuldades e como superá-las; direitos das mulheres; necessidade de apoio familiar (ESPANHA, 2014, NICE, 2015, BRASIL, 2016;) Deve haver um programa estruturado avaliado externamente que encoraja a amamentação .	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (2,0) Atende parcialmente (1,9 a 0,1) Não atende (0)	2		
Prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação	Problemas como dores nos mamilos, "rachaduras", ingurgitamento mamário, mastite, mamilo invertido podem dificultar a amamentação. Cabe ao profissional de saúde orientar sobre a possibilidade de ocorrência destes, conversar sobre estratégias para prevenir cada um desses problemas, assim como o que fazer frente ao surgimento dos mesmos. Além disso, deve identificar e intervir para tratar os problemas conforme as necessidades das mulheres (NICE, 2015, ESPANHA, 2014).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (2,0) Atende parcialmente (1,9 a 0,1) Não atende (0)	2		
A terapêutica medicamentosa (quando houver) é revisada, com atenção às contraindicações devido ao AM.	O profissional de saúde deve perguntar sobre uso de medicamentos, verificar e orientar sobre as contraindicações/cautela do seu uso durante a amamentação (AUSTIN et al. 2011, NICE, 2015).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1		
Subtotal					5		
Subdimensão planejamento reprodutivo: As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres (BRASIL, 2016).							
Critério ou indicador	Rationale	Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PME*	PO*	GI (%)*
Realização de aconselhamento sobre saúde sexual	O profissional deve aconselhar minimamente sobre a retomada da atividade sexual, alterações na libido, dispareunia, prevenção e diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis e sobre o livre exercício da sexualidade e do prazer (WHO, 2013, NICE, 2015, BRASIL, 2016)	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1,7		

Recomendação e orientação sobre direitos e planejamento reprodutivo	O profissional deve orientar sobre os direitos reprodutivos, incluindo acesso aos diferentes contraceptivos, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento e riscos (BRASIL, 2016, FSRH, 2017). Deve ainda auxiliar no planejamento reprodutivo abordando a importância do uso de contraceptivos, de acordo com a preferência e condição clínica das mulheres, para evitar gravidez de repetição rápida (menor de 12 meses) e/ou não planejada (BRASIL, 2016, FSRH, 2017).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1,7		
Envolvimento do(a) parceiro(a), quando houver, no planejamento reprodutivo.	A escolha do método contraceptivo deve ser feita incluindo os(as) parceiros(as) na decisão (BRASIL, 2016, FSRH, 2017).	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcialmente (0,9 a 0,1) Não atende (0)	1,6		
Subtotal					5		
Total					35		

APÊNDICE E – Instrumentos de coleta de dados

Entrevista junto aos profissionais da gestão municipal de saúde	
Questões abertas:	
1	Fale-me sobre as ações da gestão municipal de saúde para garantir a assistência pós-parto às mulheres na atenção primária:
2	Fale-me sobre os aspectos/condições que facilitam a atenção às mulheres no pós-parto:
3	Fale-me sobre os aspectos/condições que dificultam a atenção às mulheres no pós-parto:
Questionário:	
1	Há ações planejadas na Programação Anual de Saúde para as mulheres no pós-parto? Quais?
2	Há recursos repassados pelos governos estadual e federal no último ano para a APS? Foram executados?
3	Sobre a qualificação profissional, no último ano (2018), houve algum curso/reunião/ação educativa sobre saúde das mulheres? - <i>Sobre qual tema?</i> - <i>E sobre atenção pós-parto?</i> - <i>Há documento que comprove?</i> - <i>Qual documento?</i> - <i>Poderia disponibilizar para eu observar o documento?</i> - <i>Quantos médicos e quantos enfermeiros participaram de cada uma das atualizações?</i>
4	Há protocolo e/ou diretrizes clínicas para atenção à saúde das mulheres que incluam atenção pós-parto implantados e disponíveis para uso dos profissionais de saúde? - <i>Há documento que comprove sobre a implantação do protocolo?</i> - <i>Qual documento?</i> - <i>Poderia disponibilizar para eu observar o documento?</i>
5	Quais são os mecanismos utilizados pela gestão para haver referência e contrarreferência das mulheres no período perinatal (por ex. prontuário eletrônico, ficha de encaminhamento)?
6	A gestão garante o agendamento da primeira consulta pós-parto na unidade de APS? - <i>Como?</i> - <i>Há documento formalizado?</i> - <i>Qual documento?</i> - <i>Poderia disponibilizar para eu observar o documento?</i>
7	Como é o acesso das puérperas a outros pontos de atenção (Centro de Atenção Psicossocial/hospital/Unidades de Pronto Atendimento)? - <i>Há fluxos implantados formalmente?</i> - <i>Há documentação que comprove?</i>
8	O município conta com serviço de referência para realizar laqueadura tubária e vasectomia? - <i>Qual o tempo de espera para realizar tais procedimentos?</i>
9	O município possui o profissional psiquiatra na rede? - <i>Qual o tempo médio de espera para a primeira consulta no último ano?</i>
10	Há rede e fluxos formalizados/implantados para atuação articulada da APS com outros setores da sociedade (minimamente com assistência social)? - <i>Há documento formalizado?</i> - <i>Qual documento?</i> - <i>Poderia disponibilizar para eu observar o documento?</i>
11	O que está bom e o que poderia melhorar na atenção pós-parto?

Entrevista junto aos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) da APS	
Questões abertas:	
1	Conte-me como é a assistência pós-parto prestada pela equipe de APS. Descreva-me como a consulta pós-parto que você faz?
2	Fale-me sobre os fatores que influenciam na assistência às mulheres no pós-parto (dificuldades e facilidades):
Questionário:	
1	Os(as) companheiros(as) e/ou famílias das mulheres são envolvidos no cuidado? - <i>Como? (desde o pré-natal?)</i>
2	Você investiga sobre intercorrências/ agravos no pré-natal e parto? - <i>Qual sua conduta frente aos agravos ocorridos? Por quanto tempo continua acompanhando?</i>
3	Você faz ações para a promoção do aleitamento materno ? - <i>Quais são essas ações? - - benefícios para as mulheres e crianças; principais dificuldades e como superá-las; direitos das mulheres; necessidade de apoio familiar.</i> - <i>É estimulado até 6 meses?</i> - <i>Como previne problemas?</i> - <i>Como identifica os problemas com aleitamento materno?</i> - <i>Como trata?</i>
4	Você verifica se a puérpera está utilizando algum medicamento no pós-parto? - <i>Se sim, verifica se o medicamento interfere no aleitamento materno?</i> - <i>Em quais casos?</i>
5	Você aborda sobre os problemas comuns no pós-parto? - <i>Quais problemas?</i> <i>dor perineal, dor de cabeça, dor lombar, constipação, hemorroida, incontinência fecal retenção ou incontinência urinária, fadiga.</i> - <i>Investiga a ocorrência?</i> - <i>Orienta sobre?</i> - <i>Qual sua conduta frente a alguma dessas queixas?</i>
6	Você aborda sobre os sinais de alerta no pós-parto? <i>Quais problemas você aborda?</i> - <i>Investiga a ocorrência?</i> - <i>Orienta sobre?</i> - <i>Qual sua conduta frente a algum desses sinais?</i>
7	Você conversa com as mulheres/companheiros/família sobre: - saúde sexual. <i>O que aborda?</i> - nutrição. <i>O que aborda?</i> - higiene. <i>O que aborda?</i> - atividade física. <i>O que aborda?</i> - vacinas (caso não tenha completado na gestação)
8	Você prescreve o sulfato ferroso no pós-parto? <i>Em que situações?</i>

	<i>Por quanto tempo?</i>
9	Você investiga sobre suporte familiar ? Você investiga sobre suporte social (rede de apoio)? <i>Em que situações? Quando?</i>
10	Você pergunta sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto? <i>Em que situações? Quando?</i>
11	Você pergunta sobre o estado emocional das mulheres? <i>Em que situações? Quando?</i>
12	Você orienta sobre alterações emocionais no pós-parto? - <i>Em que situações? Quando?</i> - <i>O que orienta?</i>
13	Você usa algum instrumento/escala para diagnóstico de depressão pós-parto? Qual?
14	Há psiquiatra na rede? Quanto tempo demora para conseguir a primeira consulta para as mulheres?
15	Você conversa com as mulheres, no pós-parto, sobre a possibilidade de violência doméstica nesse período? - <i>Quando você identifica uma situação de violência doméstica, o que você faz?</i> - <i>Como se dá o acompanhamento dessa mulher?</i> - <i>Tem algum exemplo?</i> - <i>Você costuma fazer a notificação dos casos de violência doméstica?</i> - <i>Quantos notificou no último ano?</i>
16	Você orienta sobre planejamento reprodutivo e sexual ? - <i>O que orienta?</i> - <i>Em quais situações?</i> - <i>Você indica algum método contraceptivo no pós-parto?</i> - <i>Qual?</i> - <i>Como escolhe o método para indicar?</i> - <i>O planejamento reprodutivo é feito somente com as mulheres? Envolve companheiro(a)?</i> <i>Quando?</i> - <i>é feito teste rápido na unidade?</i>
17	É realizada visita domiciliar às puérperas? - <i>Quando?</i> - <i>Para quais puérperas?</i> - <i>Por qual profissional?</i> - <i>Qual objetivo da visita?</i>
18	As consultas pós-parto são realizadas sempre pelo mesmo profissional?
19	Você conhece a família das puérperas?
2	O registro das puérperas é organizado por prontuário familiar?
21	Você usa algum protocolo para atenção às mulheres no pós-parto? <i>Qual?</i> <i>Está disponível no serviço?</i> <i>Posso ver?</i>
22	Há espaço na agenda para atendimento à demanda espontânea?
23	Há protocolo de acolhimento à demanda espontânea?"
24	Quantas consultas pós-parto, no mínimo, são realizadas para cada mulher? Você acha que esse número é suficiente?
25	É realizada busca ativa das mulheres que faltam na consulta pós-parto?
26	Há grupos de apoio ou grupos educativos ofertados às mulheres/companheiros(as) e famílias nesse período? Quais?
27	O município conta com serviço de referência para realizar laquadura tubária e vasectomia? Qual o tempo de espera para realizar tais procedimentos?

28	Essa equipe recebe apoio do NASF? Como se dá esse apoio?
29	Tiveram alguma atualização sobre saúde das mulheres no último ano? O que, em geral, é abordado nas atualizações?
30	O que está bom e o que poderia melhorar na atenção pós-parto?

Entrevista junto aos profissionais técnico em enfermagem e agente comunitário da APS	
Questões abertas:	
1	Conte-me como é a assistência pós-parto prestada pela equipe de APS e quais são ações que você desempenha para as mulheres no pós-parto:
2	Fale-me sobre os fatores que influenciam a assistência às mulheres no pós-parto:
Questionário:	
1	Os(as) companheiros(as) e/ou famílias das mulheres são envolvidos no cuidado? - <i>Quando?</i> - <i>Como?</i>
2	As consultas pós-parto são realizadas pelo mesmo profissional?
3	Você conhece a família das puérperas?
4	O registro das puérperas é organizado por prontuário familiar?
5	Durante o pré-natal há algum tipo de "preparo" (orientações) para o pós-parto? - <i>Se sim, quais são e em que momento ocorrem essas orientações?</i>
6	Há espaço na agenda para atendimento à demanda espontânea?
7	Há protocolo de acolhimento à demanda espontânea?"
8	É realizada visita domiciliar às puérperas? - <i>Quando?</i> - <i>Para quais puérperas? Por qual profissional? O que é abordado nessa visita?</i>
9	Quantas consultas pós-parto, no mínimo, são realizadas para cada mulher?
10	É realizada busca ativa das mulheres que faltam na consulta pós-parto?
11	Há grupos de apoio ou grupos educativos ofertados às mulheres/companheiros(as) e famílias nesse período? <i>Quais?</i>
12	Você fala com as mulheres/companheiros(as)/famílias sobre: -- problemas físicos. <i>O que aborda?</i> -- nutrição. <i>O que aborda?</i> -- higiene. <i>O que aborda?</i> -- atividade física. <i>O que aborda?</i> -- vacinas (se não completou na gestação) <i>O que aborda?</i> -- saúde sexual <i>O que aborda?</i> -- uso do sulfato ferroso. <i>O que aborda?</i>

	<p>--mudanças no estado emocional. <i>O que aborda?</i></p> <p>-- violência doméstica. <i>O que aborda?</i> <i>Qual a conduta quando tem casos de violência doméstica?</i></p> <p>--amamentação: <i>O que aborda?</i> <i>Até quanto tempo é orientado?</i></p> <p>--planejamento reprodutivo/sexual: <i>O que aborda?</i> - <i>Quais orientações e ações dos profissionais da equipe (sexualidade, IST)?</i> - <i>O companheiro participa?</i> - <i>O município conta com serviço de referência para realizar laqueadura tubária e vasectomia?</i> <i>Qual o tempo de espera para realizar tais procedimentos?</i></p>
13	<p>Com que frequência você investiga sobre:</p> <p>- Sobre suporte familiar? <i>Como? Quando?</i></p> <p>- Suporte social? <i>Como? Quando?</i></p> <p>- Pergunta sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal? E no pós-parto?</p> <p>- Estado emocional das mulheres? <i>Como? Quando?</i></p>
14	Quando a puérpera está com problemas emocionais, como depressão por exemplo, o que é feito?
15	Há psiquiatra na rede? Quanto tempo demora para conseguir a primeira consulta?
16	Como é o trabalho em rede quando precisa encaminhar para: hospital, CAPS, PA, assistência social.
17	Essa equipe recebe apoio do NASF? Como se dá esse apoio?
18	O que está bom e o que poderia melhorar na atenção pós-parto?

Entrevista junto às puérperas	
Questões abertas:	
1	Conte-me como foi o atendimento prestado pelos profissionais do posto de saúde (unidade básica) desde que você teve o bebê - desde que saiu do hospital até o hoje:
2	Além dos profissionais de saúde, você buscou orientações em outro lugar (por ex. internet)? Se sim, fale-me sobre isso.
2	Além dos profissionais de saúde, outras pessoas (amigos, familiares, vizinhos etc.) falaram para você sobre os cuidados a serem tomados no pós-parto? Se sim, fale-me sobre isso.
3	O que você acha que facilitou você ser atendida durante o pós-parto? O que você acha que dificultou?
Questionário:	
1	Quando você saiu do hospital, sua consulta pós-parto já estava agenda no posto de saúde? - <i>Se não, como conseguiu fazer essa consulta?</i> - <i>Quem lhe orientou sobre ela?</i>
2	Durante os atendimentos no pós-parto, seu companheiro(a) ou alguém da família estava junto?

	<p>- <i>Algum profissional pediu para alguém ir aos atendimentos com você?</i> - <i>O profissional que atendeu procurava conversar também com o(a) companheiro(a)/familiar no atendimento?</i> - <i>Sobre o que?</i> - <i>Se não participou, você gostaria que alguém tivesse ido com você?</i></p>
3	<p>Qual profissional vem lhe acompanhando desde o pré-natal? Ele(a) conhece a sua família?</p>
4	<p>Durante o pré-natal, você recebeu alguma orientação para lhe preparar para depois que tivesse o bebê? Fale-me sobre isso:</p>
5	<p>Alguma vez, depois que teve o bebê, você precisou procurar o posto de saúde sem agendamento? - <i>Por qual motivo?</i> - <i>Foi atendida?</i> - <i>Seu problema foi resolvido?</i> - <i>E durante o pré-natal?</i></p>
6	<p>Depois que teve o bebê, algum profissional de saúde lhe visitou em casa? - <i>Quantas vezes? Conte-me sobre essa visita:</i></p>
7	<p>Você foi orientada sobre a existência de algum grupo para participar depois de ter o bebê? - <i>Você participou? Se não, por quê? – Se sim, como foi?</i></p>
8	<p>Você faltou em alguma consulta agendada? - <i>Se sim, algum profissional procurou você depois de sua falta?</i></p>
9	<p>- <i>Você teve algum problema durante a gestação e no parto?</i> - <i>Algum profissional de saúde perguntou sobre isso depois do parto?</i> - <i>O que foi feito?</i></p>
10	<p>Durante a consulta, o(a) profissional falou alguma coisa sobre: --- problemas “comuns” que podem aparecer depois do parto? --- O que falou? (dor perineal, dor de cabeça, dor lombar, constipação, hemorróida, incontinência fecal, retenção ou incontinência urinária, fadiga);</p>
11	<p>--- falou para prestar atenção em algum sinal de alerta, algum sintoma que você deveria prestar mais atenção depois do parto? Sinais de hemorragia: <i>aumento da perda de sangue, desmaios, tonturas, palpitações, coração acelerado.</i> Sinais e sintomas de pré-eclampsia/eclampsia: <i>dores de cabeça acompanhada por um ou mais dos sintomas de distúrbios visuais, náuseas, vômitos, dor no estômago, convulsões (nos primeiros dias após o nascimento).</i> Sinais e sintomas de infecção: <i>febre, tremores, dor abdominal.</i> Sinais e sintomas de tromboembolismo: <i>dor em uma das panturrilhas, vermelhidão ou inchaço da perna, falta de ar ou dor no peito?</i></p>
12	<p>---falou alguma coisa sobre sexualidade, retomada da atividade sexual? O que falou?</p>
13	<p>---falou alguma coisa sobre doença sexualmente transmissível?</p>
14	<p>---falou algo sobre alimentação? O que falou?</p>
15	<p>---falou algo sobre higiene? O que falou?</p>
16	<p>---falou algo sobre atividade física? O que falou?</p>
17	<p>---receitou sulfato ferroso? Por quanto tempo?</p>
18	<p>---perguntou algo sobre as pessoas que lhe dão apoio?</p>
19	<p>---perguntou algo sobre seus sentimentos?</p>
20	<p>---orientou que você poderia ficar mais triste, deprimida, depois do parto?</p>
21	<p>---orientou sobre o aleitamento materno? O que? Examinou suas mamas?</p>

22	---perguntou se estava usando algum medicamento? Se sim, o que orientou?
23	---perguntou sobre como é a convivência entre você e seu companheiro?
24	---falou algo sobre violência doméstica? O que?
25	<p>---falou algo sobre planejar uma gravidez? O que?</p> <p>---orientou o uso de algum método contraceptivo?</p> <p>---Explicou sobre a existência de diferentes métodos?</p> <p>---Como foi a escolha do método?</p> <p>---Seu companheiro(a) participou?</p>
26	<p>Como você se sentiu com o atendimento recebido pelos profissionais do posto de saúde depois do parto?</p> <p>O que foi bom? O que poderia melhorar?</p> <p>Indicaria para uma amiga?</p>

Roteiro para coleta de dados em prontuário

1	Número e data da(s) consulta(s) pós-parto:
2	Verificação dos sinais vitais. Quais:
3	<p>Na consulta, qual o conteúdo do registro do profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que registrou sobre anamnese: - O que registrou sobre histórico: - O que registrou sobre exame físico: - O que registrou sobre orientações: - O que registrou sobre conduta:
4	Outros registros realizados sobre a consulta:

APÊNDICE F– Organização das evidências representativas da dimensão gestão

Quadro 1: Matriz de organização das evidências: dimensão gestão. Florianópolis, 2020.

Fatores externos	Evidências
Desigualdades de gênero	<p>Protocolo RS foca a consulta pós-parto na criança (<i>Análise de documentos</i>); Programação Anual de Saúde dos três casos não tem ações para mulheres no pós-parto (<i>Análise de documentos</i>);</p> <p><i>A gente usa, tem uma fichinha que é do município, mas é mais um roteiro. Até tem a pré-concepcional aqui e aí termina com o pós-parto. Mas pode ver que não tem muita coisa, e é mais focado para o bebê, tem o teste do pezinho e tal (P4/Caso3);</i></p> <p><i>Eu acho que ainda o foco é na criança. Eu tento fazer esse contraponto mesmo. já está bem marcado o cuidado do bebê, a gente tem protocolos e eu sei que tenho que seguir aquilo, e se eu seguir certinho vai estar tudo bem. Agora com a mulher a gente não tem, tem algumas coisas, mas não tem assim...</i></p> <p><i>Eu acho que na sociedade o foco na mulher é reprodutivo e o que nos vai ser cobrado é o foco na criança. A mulher tem o pré-natal, tem todas as etapas, para preservar a criança, e depois que nasce não tem mais.</i></p> <p><i>Seria bom ter indicadores para as mulheres(P6/Caso3).</i></p> <p><i>Orientações impressas do pós-parto a gente não tem, só esses livrinhos do município que é de aleitamento materno, papinhas e prevenção de acidentes. São todos referenciados nos cadernos. A gente usa bastante esse da papinha. Mas do pós-parto, na nota de alta vem tudo prescrito, mas a gente não tem. Nosso não tem nada (P4/Caso3).</i></p>
Condições socioeconômicas / demográficas	<p><i>Nós não temos bolsões de pobreza, temos alguns pontos, algumas ruas. (G1/Caso1);</i></p> <p>Caso 1: - População: 117,008 - IDH = 0,751; - nº de pessoas cadastradas na atenção básica no município:78.800; - nº de famílias cadastradas pela atenção básica no município: 20.723; - nº de famílias com Bolsa Família: 7.830 (38%); - nº de beneficiários por plano de saúde privado: 43.079 (37%);</p> <p>Caso 2: - População: 105.448; - IDH = 0,796; - nº de pessoas cadastradas na atenção básica no município:109575; - nº de famílias cadastradas pela atenção básica no município: 33214; - nº de famílias com Bolsa Família: 957 (3%); - nº de beneficiários por plano de saúde privado: 31.147 (30%);</p> <p>Caso 3: - População: 140,311; - IDH = 0,726 - nº de pessoas cadastradas na atenção básica no município: 67.089; - nº de famílias cadastradas pela atenção básica no município: 26.579; - nº de famílias com Bolsa Família: 3.840 (14%); - nº de beneficiários por plano de saúde privado: 39.920 (28%).</p>
Fatores internos	Evidências

<p>Políticas e programas</p>	<p><i>Rede Mãe Paranaense, o APSUS, o PMAQ foram bem crucial para a gente. A gente trabalha ele a cada três anos, a parte de auditoria, mas a gente trabalha ele todo o ano, independente de ter ou não. O planejamento local é feito pelo PMAQ, não faz sentido ter dois instrumentos. Tem que fazer um documento simples que vai atingir, dentro do PMAQ, do APSUS e do teu cotidiano de trabalho. Questão de cobertura de pré-natal, que isso os três itens pedem. Então independente se estou dentro do PMAQ ou outro, seu tenho que saber onde está a minha gestante, se está no SUS ou no privado, ela não pode estar no limbo (G1/Caso1).</i></p> <p><i>Eu acho que a Rede Cegonha aqui no município funciona legal, eu não estou tendo nenhum retorno que vem demorando, ou que não está conseguindo ser encaminhado. A enfermeira que faz os tramites, e geralmente em uma ou duas semanas já consegue o apoio, quando é gestação de alto risco. O município aqui o centro obstétrico é bem acessível, então qualquer coisa mais complicada elas tem o apoio (P11/Caso2).</i></p> <p><i>O PMAQ mudou por essa questão toda, dos indicadores, né? Até porque não é só uma coisa que vem da gente, mas é bastante cobrada da gestão, a gente está sempre correndo atrás do indicador e fazer o melhor possível para a gestante e a puérpera se sentirem bem, sem saber que a gente está buscando, mas se sentir bem atendida (G1/Caso1).</i></p> <p><i>só pediram números, números, números, números (P1/Caso1).</i></p> <p><i>a gente teve boa nota porque estava tudo em ordem. A gente fez algumas coisas (P3/Caso1).</i></p> <p><i>a gente fez algumas coisas e achou que ia ser mais repassado para a unidade, e não foi. Não sentimos envolvidos, mudanças não, só de trabalho. Foi só o trabalho que a gente teve na época, de achar os indicadores. A parte das gestantes que a gente não conseguia trazer para as reuniões e a gente fez sala de espera na consulta (P2/Caso1).</i></p> <p><i>Tipo assim, foi responder perguntas. Eles vinham, um questionário imenso, eu lembro que foi com a outra enfermeira coordenadora e aí vinha aquele monte de questões, eu lembro que eu fiquei uma tarde aqui com ela. Eu, ela e uma agente de saúde e uma técnica. E aí eu lembro que a gente respondeu um monte de pergunta sobre tudo, eu estava respondendo. Perguntava lá, tinha notas, que nota você dá para o serviço assim e assim, o postinho faz isso assim e assim, então a gente acabou dando notas.</i></p> <p><i>Não foi uma construção, eu lembro que foi uma tarde que a gente precisava dar notas, para o serviço que estava aqui. Basicamente isso, que eu me lembro, e já faz um tempinho. (P8/Caso1);</i></p> <p><i>Hoje fui em busca do restante dos indicadores de saúde. Percebi que os indicadores foram feitos para o PMAQ. Não há discussão nem tampouco análise de indicadores. Quem montou o perfil sociodemográfico da população foi uma das ACSs, a qual fez para a avaliação do PMAQ. A enfermeira da unidade teve dificuldades em encontrar os indicadores, e não conseguiu todos. Os indicadores, em sua maioria, consegui com as ACSs e com a gestão. Fica nítida a falta de análise de indicadores e o foco em atendimento a demanda, o que não é uma crítica ao profissional, pois pelo o que percebi, de fato, a demanda da unidade é muito grande para a quantidade de profissionais para atender. (Diário de campo – Caso1);</i></p> <p><i>Nós temos a nossa rede de aleitamento materno. É uma rede de apoio ao aleitamento materno, ela é uma rede que não foi colocada verticalmente. Os próprios profissionais acharam importante ter essa rede. Então a rede participa, todas as unidades de saúde, quem realmente acredita no aleitamento materno. só que o aleitamento materno é um dos fatores para a gente se encontrar. São em torno de duas a três sentinelas por unidade de saúde. Nasceu um bebê elas já estão em cima, ve se fez a consulta, se a mãe está amamentando, se está com alguma dificuldade. Então com isso a gente diminuiu até o uso das fórmulas infantis, teve toda a parte de treinamento do médico. Vem ainda prescrição mas é mais externa. Nessa rede a maternidade faz parte, então tem dia de visita, na maternidade, então essa rede articula aparte de visita para ela conhecer como funciona. E também tem o dia que elas fazem aquela capacitação para quem vai ficar no quarto junto, que é do acompanhante. Então tem a visita e tem essa outra capacitação para a questão de comportamento, como vai ocorrer lá dentro. Que é no período noturno, para pegar os companheiros (G1/Caso1).</i></p> <p>Programa de aleitamento Materno (Caso1);</p>
------------------------------	---

O PMAQ ajudou muito. A gente tinha o hábito de fazer algumas coisas mas de forma não tão organizada, sistematizada, anotando tudo, então as unidades se organizaram melhor. O serviço já existia, mas eles se organizaram muito melhor. Sem contar que foi motivador, porque o nosso gestor passa 40% da verba para os funcionários, então é muito motivador, porque é muito difícil motivar funcionário público, é muito difícil. Então isso acaba ajudando (G1/Caso2);

O PMAQ melhora a qualidade do atendimento a população e o profissional se sente valorizado. Na realidade é um serviço que ele já faz, mas tu vai receber um extra para aquilo que já faz, motiva ele a ser melhor (G2/Caso2);

Todo o dinheiro do PMAQ a gente está revertendo em melhorar a estrutura das unidades, 40% é para o funcionário, e o outros 60% a gente está investindo em melhorar a estrutura da unidade. Aí reverte para unidades que precisam, reformar as que precisam. Aquelas que já estão boas... mas uma das que foram ótimas, era uma que tinha uma estrutura bem ruim, e ela foi ótima. Mesmo assim ela conseguiu ser ótima, então, ou seja, a assistência dela, é avaliada como muito boa, então foi a primeira a ser reformada (G1/Caso2);

Olhei a carteira da gestante, dos três casos. Percebi que há diversas orientações para o pós-parto, porém as mulheres não fazem a leitura. Deveriam ser estimuladas a isso (Diário de campo).

ESF

Da parte de ESF nós chegamos a 69%. Por que pela agência nacional de saúde suplementar, o município tem até 30% de saúde suplementar. Ele é bastante, só que a gente percebe que de um tempo para cá já mudou, caiu. A atenção básica chega perto de 80%, porque conta as horas da equipe parametrizada. Eu tenho médico de família de 40 horas, mas eu não tenho como ampliar a equipe, ou por falta de outros profissionais, ou por falta de estrutura física. A Estratégia Saúde da Família é prioridade, o município que tem estratégia é melhor porque tem vínculo, você consegue vincular (G1/Caso1).

Ah mas vamos falar bem certo, essas coisas são de área coberta. Mas de gestantes é de área descoberta, é gestante que não conhece ninguém. Os que são de área coberta eles vem mais, porque a gente pega mais no pé, a gente cobra (P5/Caso1).

Pela quantidade de gente. Às vezes a enfermeira chega para mim perguntando, se chegar uma coisa dessa paciente, a enfermeira não sabe de qual médica é. Elas não têm aquela coisa de bater o olho e saber de quem é o paciente. Não é todo mundo que elas têm que ver. Dá assistência para uma, para outra, é de área coberta ou descoberta. Seria bom se aqui tivesse três ou quatro equipes de saúde da família, e todos estivessem lá abraçando a sua área. Mas do jeito que é atrapalha um pouco. A área descoberta é mais favorecida economicamente e acaba não tendo a cobertura assim, que fica, vamos fazer com agente de saúde, como preconiza o SUS. Mas eles acabam não tendo, que aqui não tem a equipe. Eles acabam vindo, todo mundo vem. Até os que tem plano precisa de alguma coisa por aqui, porque sairia mais rápido. Eles acabam vindo.(P8/Caso1);

Eu me formei em 2008, trabalhando nisso e amo. Trabalhei em beira de estrada, de pegar ônibus, foi a época que eu mais adorei. Era coisa de abrir porteira até chegar nas casas. Eu sinto falta, lá. Uma coisa que eu vou te falar, lá eu conhecia todo mundo, o pai, a mãe, o irmão. Lá conhecia. Aqui nem sempre. A maioria das vezes eu não sei, é muita gente, roda muda, e o prontuário eletrônico é o nome só da pessoa. Lá não, era uma pasta grande com a família toda, então para eu chegar em uma pessoa, eu passava pelo pai, pela mãe e puxava a criança que eu estava atendendo. Eu sabia quem era a família, batia o olho e já sabia. Aqui não.

Ontem uma paciente minha antiga, ela me falou que o marido veio ontem, mas eu não sabia que era o marido dele. Mas lá não, eu sabia certinho, porque era tudo no papel, e eu abria a folha dela e eu sabia tudo, lá era prontuário por família. Aqui é individual. Lá eu conhecia a família. Sabia tudo, quem era diabético. Aqui não, eu não sei onde mora, eu fico procurando. E a questão da demanda. (P8/Caso1);

	<p><i>Ou às vezes é de UBS que não tem agente. Como a nossa cobertura de saúde da família está em torno de 60% e de atenção primária a gente consegue atingir todo o território, mas esses 40% fica de responsabilidade de unidades básicas de saúde, ou de atendimento em terceiro turno, então o vínculo é bem mais precário (G1/Caso3);</i></p> <p><i>Caso 2 tem boa cobertura de ESF, é um aspecto favorável (Diário de Campo).</i></p>
Planejamento de ações	<p><i>Nos três Casos falta programação de ações na PAS;</i></p> <p><i>Então é muita coisa de planejamento, eu tenho a PAS, tenho programas específicos do adolescente, da odonto etc. Então aqui a gente combinou que a gente vai trabalhar esse macro e o que o território vai trabalhar. Se não fica muito projeto, muito plano, fica lindo na parede, mas ele não é resolutivo.</i></p> <p><i>Os indicadores que a gente tenta atrelar sempre aquela ação. Se eu tenho um indicador de cobertura por exemplo de pré-natal. A gente tenta atrelar a ação de ampliação de cobertura, então a gente tem um indicador que vai monitorar esse planejamento. É quadrimestral, a gente passa os dados para ver se eles estão atingindo (G1/Caso1).</i></p> <p><i>Como nós usamos o e-sus, temos um problema que o número de gestantes é um dado do ACS, então quando ela deixa de ser grávida, o ACS que tem que ir lá e tirar, e tem áreas descobertas, então esse número não é real (G1/Caso2);</i></p> <p><i>Caso3: solicitei os dados tanto para gestão, quanto para unidade de saúde, porém há dificuldades pois há problemas com a tabulação dos dados no E-sus (Diário de campo);</i></p> <p><i>Casos 2 e 3 não fazem monitoramento de indicadores pós-parto (Diário de campo).</i></p>
Organização da rede	<p>Contrarreferência:</p> <p><i>É uma questão que tem que ser muito trabalhada é a questão da contrarreferência. Quando ela é atendida aqui na maternidade municipal a gente tem a contrarreferência no próprio prontuário. Mas quando manda para outro serviço a gente não tem esse retorno, não sabe o que aconteceu. Aqui na maternidade não temos o costume do resumo de alta do pós-parto, nós temos do bebê, mas não temos da mulher. A maternidade de risco algumas mandam o resumo de alta, a gente tem um resumo de alta da mãe e do bebê, mas a gente só tem acesso depois que ela vem. A gente não tem acesso em sistema e prontuário nenhum. Aí depende muito de as mulheres virem. (P7/Caso1);</i></p> <p><i>Outra coisa são as nossas referências e contrarreferências do alto risco, isso a gente não recebe. É uma coisa que a gente já vem discutindo desde comitê, desde recomendações para o Estado, mas não avança. Ainda é muito ruim. A gente percebe que é muito ruim (G1/Caso1);</i></p> <p><i>Tem no prontuário. Se eu abrir vou achar alguma coisa. Quando não é do município eu que cato alguma coisa da agenda da grávida, ela traz os exames e medicamentos que está fazendo. Por isso que eu gosto do alto risco aqui comigo também, porque daí eu já acompanho o que acontece. Mas não vem nada, nenhum papel (P8/Caso1);</i></p> <p><i>Tem uma folha impressa, que retorna. Teoricamente, depende muito do funcionário prestador, mas aquela folha que vai, é para ela voltar. Tem um campo embaixo para escrever, é para voltar. Para todo lugar, todo lugar que ele vai, deveria voltar. Os especialistas que não são nossos é pior. Os nossos do município funciona melhor, tudo o que é burocracia os nossos funcionários funcionam melhor. Mas a gente tem profissionais prestadores muito legais. A gente tem uns psiquiatras que fazem uma contrarreferência linda. Mas tem outros que não (G1/Caso2).</i></p> <p><i>A contrarreferência às vezes ela é falha. Não tem comunicação pelo sistema. Às vezes vem assim (mostrou a folha de referência e contrarreferência), é para vim, essa às vezes não volta, entendeu? Porque já vai com a folha certa, é só mandar pelo paciente, não precisa mais do que isso. Nós temos um caminho certo, e aí tem uns que são muito bons, e eles mandam, de volta, psiquiatra manda. Depende muito de quem vai.</i></p> <p><i>Às vezes tem essas falhas.</i></p>

Nos serviços de PA às vezes eles mandam. Mandam o formulário. Tem institucionalizado o formulário, o nosso tem. Mas às vezes eles mandam um receituário deles dizendo o que tem que fazer, retornar na unidade, avaliação, conduta etc. Eles botam no receituário simples, às vezes não usam o nosso. Eles às vezes pegam, mas não retornam naquele, usam o deles (P10/Caso2);

Está ruim (risos). Dificilmente vem a contrarreferência, para qualquer tipo de especialidade. Psiquiatria até que vem um pouco, de retorno em tantos dias, manter a medicação e tal, tirando isso o resto não. O paciente vem de retorno, o médico orientou, mas não vem nada anotado, ele traz a receita e tal, mas... a contrarreferência do médico não tem, muito pouco. A gente pede, traz para a gente o que ele vai fazer, mas... (P11/Caso2).

Chama referência e contrarreferência, mas a contrarreferência às vezes não acontece. É uma coisa da especialidade, tem o documento, nas UBSs que não trabalham com o e-sus tem um documento em papel. Tem uma ficha padroniza, escreve a descrição e tem o espaço para contrarreferência. Já veio, já peguei (G2/Caso3). mas a maioria não retorna (G1/Caso3).

Quando acaba indo para alto risco, a gente perde um pouco. Eu até não gosto de deixar a mulher indo lá e aqui sempre, porque tu faz quase duas consultas por semana, então eu combino com elas de espaçar mais aqui. Ai no fim, dependendo da questão fica só na clínica da mulher, então a gente perde um pouquinho esse vínculo e esse contato. (P4/Caso3);

A gente usava antigamente esse papel. Mas como tem o sistema agora a gente faz direto no sistema. Mas assim, poucas pessoas dão a contrarreferência, quem dá tinha uma pediatra que era um acesso bem fácil, ela sempre mandava, o resumo. Mas da clínica da mulher a gente não recebe. A não ser que tenha alguma coisa muito pontual. Por questão de conduta, mas só a referência não tem (P4/Caso3);

O alto risco encaminha para clínica da mulher, a gente ve na carteirinha, não tem uma contrarreferência. O que acontece lá sei pela carteirinha. Mas com o centro obstétrico a gente tem mais dificuldades (P7/Caso3);

Prontuário eletrônico:

O prontuário eletrônico, para a gente é tudo ligado, então se essa puérpera foi para o CAPS a gente já consegue bater o olho ali e ver quais foram as condutas do CAPS (G1/Caso1);

Isso ajuda muito. Porque as vezes ela sai daqui, e foi na maternidade e não conta que ela teve algo, não conta que foi com uma infecção urinária sintomática e teve tratamento e não sabe que medicação. Olha no prontuário e vê que medicação ela tomou, então é extremamente importante (P7/Caso1);

A gente tem dificuldade aqui nesse posto que é tudo manual, eu passo para o sistema, mas eu não consigo passar tudo, eu tenho que botar tudo, tem que botar as comorbidades, exames, retorno, então eu já trabalhei com o e-sus daí é bacana, e é integrado. Porque no e-sus dá para botar o pré-natal, e coloca um monte de coisa para colocar. Podia ter da puérpera também, informações da puérpera também. Eu estou cansado de escrever já, prontuário a mão, acaba escrevendo menos do que é preciso. A informatização vai ajudar bastante (P11/Caso2);

O e-sus não tem o prontuário integrado. Tem eletrônico, mas não é integrado. Ele já está sendo implantado, a gente tem um sistema que está sendo implantado aqui no município, a gente começou por setores da secretaria de saúde, vai integrar não só as equipes, mas também a farmácia municipal, para ter o registro se o usuário está retirando um medicamento ou não. Tem uma parte que é da farmácia, uma parte do setor de transporte, controle do movimento do transporte. A regulação também vai estar junto nesse sistema, ambulatório de infectologia, e as unidade de atenção primária e secundária também (G1/Caso3);

Não é integrado, só nosso. Eu tenho que incluir o paciente no meu sistema. Se a paciente se mudou e eu quero ver os sistemas não conversam, o que conversa é aqui dentro da unidade. É uma limitação. Quando vai a clínica da mulher não sabe. Se a mulher traz a carteirinha a gente

sabe um pouco, mas algumas esquecem. A gente fica sem saber o que o paciente fala é isso mesmo (P4/Caso3).

Articulação com o hospital:

Via e-mail, a gente já troca quem são de pós-parto, quais unidades são. E faz um feedback, a partir do dia que essa planilha vai para a unidade ela retorna já com o dia e o horário que essa mulher tem que ir na unidade de saúde. Essa planilha de pós-parto, então ela já sabe que além da visita, ela já sai com a data da consulta na unidade de saúde (G1/Caso1).

Lá no hospital elas falaram que depois que eu ganhasse era para eu ir lá, ir no posto marcar. Foi fácil de marcar, ali é bem fácil de marcar, as consultas depois de uma semana já está ali. Foi tranquilo (M2, Caso1).

Mas eu acho uma facilidade bem grande de ter o hospital apoiando a gente, às vezes a gente não consegue ir atrás de todo mundo, fazer busca ativa de todo mundo, né. E estar atenta, essa está com 38 ou 39 semanas, e nem sabia que nasceu. Então o apoio do hospital é bem importante, então vamos agendar, ligar, buscar, para estar acompanhamento mesmo. Porque os 42 dias ainda considera mortalidade materna. Então até essa questão estar buscando para não acontecer o pior (P7/Caso1).

As que nascem aqui na maternidade municipal a gente recebe um email, dizendo o dia que ganharam bebê e aí a gente já agenda a consulta pós-parto. Os que são de fora a gente tem que ficar meio atento, que é de alto risco, porque às vezes escapa. A gente tem que ficar atento. As da maternidade daqui avisa, mas alto risco não (P1/Caso1).

Foi bom ter a consulta marcada quando sai, porque ali eles demoram demais para marcar consulta. Se eu for agora vai demorar muito, eles mandam a gente lá para o mês que vem, daí não tem como. Já tive essas duas consultas e isso foi bem legal (M4/Caso1).

Nós temos duas situações, uma que ela é de baixo risco, risco habitual e risco intermediário vai na verdade encaminhada, o hospital de referência dela é o hospital do município. E as gestantes que são do alto risco, fazem acompanhamento aqui e no alto risco, e as crianças nascem no hospital de referência de alto risco. Quando elas nascem no alto risco é mais complicado, a gente meio que perde, se a gente não a orientar antes para voltar, a gente perde esse pós-parto. Então a gente acaba que toda vez que faz consulta, nas últimas consultas a gente fala, olha volta, a gente tem que fechar o teu pré-natal, orienta certinho, que tem que fazer a consulta pós-parto, e em termos elas tem vindo. Elas vem agendar. Ou então às vezes o agente comunitário que está mais perto da população, ele fica sabendo que o bebe nasceu, porque ele acompanhada a gestação, e sabe que essa criança uma hora vai nascer (P7/Caso1);

La no hospital eles já avisaram que eu ia ter consulta, para todos que estão saindo eles já agendam a consulta (M1/Caso2).

Eu sai da maternidade já sabendo o dia que eu ia consultar no posto. Isso foi legal, bem interessante. Porque tu já sai encaminhada, porque até, tem aquele negócio do resguardo. A gente evita sair de casa. Eu sai mesmo só para dar as vacinas, ir ao médico. Aí como já tem encaminhamento, já vai direto. Aí bebê recém-nascido tem medo de ter contato porque não tem vacina, não tem nada. Foi bem bom mesmo. Da outra vez não tinha isso, há cinco ano (M5/Caso2);

É uma preocupação na comunicação entre o hospital e a rede de atenção. Isso como são combinações feitas com serviços e trabalhadores, isso é cíclico. Em alguns momentos funciona melhor e em outros nem tanto. Mas sempre se tenta garantir que a puérpera que está tendo alta com seu recém nascido, tenha garantia de uma consulta na atenção primária. Que se faça contato do hospital com a unidade de saúde, e já marca o atendimento (G1/Caso3);

Facilita o aviso do hospital quando eles fazem bem certinho, porque se a mulher não aparecer, a gente espera e faz a busca ativa. Elas são orientadas a vir procurar nós. Tinha um sistema de já deixar agendado, mas às vezes não dava certo, então orienta ela a vir na unidade (P6/Caso3).

O hospital tem sido um dificultador, porque às vezes a gente não recebe a ligação, e às vezes a mulher falta as últimas consultas ali ou quando elas estão sendo acompanhadas na clínica da mulher, e aí muitas vezes elas não retornam lá para fazer a consulta puerperal e acabam que pode se perder (P5/Caso3);

Por causa que quando ela nasceu o hospital ligaria para cá para falar que ela nasceu e para marcar o teste do pezinho. Só que eles não ligaram. Daí eu vim aqui por conta própria. Eu já sabia já. Daí eu peguei e vim aqui e marquei o teste do pezinho e agendei a minha consulta (M10/Caso3);

Se o hospital se avisasse. O acesso aos profissionais aqui no posto é fácil (P3/Caso3).

Eu me senti abandonada depois que nasceu o bebê. Eu ainda não fui na segunda consulta pós-parto, faz mais de 40 dias que eu tive ela, eu acho muito tempo entre uma consulta e outra. Então eu acho que eu vou ficar meio a ver navios, tanto com a minha saúde quanto com a prevenção para outra criança não vir. Então eu acho que é muito demorado esse prazo, deveria ser mais organizado mesmo né. De ver se ah não, o pós-parto vai terminar tal data então vamos marcar a consulta mais próximo. Porque assim quando você é gestante eles te encaixam, eles dão um jeito, se viram para você passar por uma consulta. Que nem eu, na última semana de gravidez eu esqueci de um exame, de fazer. Cheguei lá, eles já agendaram praticamente na mesma semana, e tudo foi resolvido, e agora no pós-parto não. (M5/Caso1);

A questão da articulação e conscientização da gestante. Elas acham que o importante é a gestação e depois que a criança nasce está tudo bem. E de a gente tentar articular essa questão do alto risco, para que as gestantes voltem depois. (P7/Caso1);

Acesso especialistas e métodos contraceptivos:

A psicologia demora, demora um pouco, depende da época, às vezes uns dois ou três meses, às vezes menos, às vezes faz encaixe com o NASF (P7/Caso1).

Psiquiatra está demorando, quem já está em tratamento demora dois meses. Quem não está em tratamento demora uns quatro meses. Demora mais a primeira consulta. Porque depois o próprio médico fala para retornar (P3/Caso1).

No município para psiquiatra está bem rapidinho. Até ano passado tinha só o CAPS e era demorado, mas lá é paciente mais grave, então ficava uma fila e acabava as pessoas não tão graves mais para escanteio. Hoje a gente tem um psiquiatra na policlínica que é bem mais rápido, e na semana a gente encaminhou e saiu de uma semana para outra, eu acho que está legal o psiquiatra (P11/Caso2).

O DIU temos o ginecologista que coloca. Até passa aqui, daí faz o preventivo, tem que fazer o ultrassom. Daí tinha nas quartas que o gineco botava, tava nesses dias aí, era só ir lá e colocar. Era rápido, agora não voltou o gineco ainda para a rede eu acho. Deu uma parada por causa do gineco, que pediu a conta, eles estão contratando um, é pouco né, mas é o que tem pelo SUS. Só que o DIU não é muito procurado, é pouco. A enfermeira eu vejo que até fala. Porque tem muitas mulheres que não conseguem tomar o comprimido. O mais usado ainda é o preservativo, que a gente pega.

A vasectomia não tem muita fila não. A laqueadura até tem, demora mais de um ano, mais ou menos um ano. Agora a vasectomia é rápido. Eles fazem mutirão e pegam os nomes, até o próprio enfermeiro encaminha no TFD, toda situação financeira, questão de quantos filhos, deixa lá e depois quando dá uns 10 ou 15 eles marcam e encaminham, e fazem em um dia só. Levam para fora. Fazem em outros municípios conveniados. Até teve uns aqui das funcionárias que fizeram, foi uma beleza. (P12/Caso2);

Eu tive dois casos, bem complicados. A gente vai com a assistência social, mas não vai para frente. Eles vêm fazer a visita mas não resolve. Eu estou com um que a mãe vai passar a guarda para a avó. A mãe e o pai não tem condições de ficar com os filhos, tem quatro no abrigo. Só que avó também não tem condições, o pessoal do abrigo também não quer liberar. Eu já fui com a assistente social aqui do NASF, e toda reunião de rede fala sobre isso. Mas não tem

	<p><i>condições. O pai e mãe vivem brigando e se matando, a avó entra no meio. Dá polícia, dá tudo (P1/Caso1).</i></p> <p><i>Essa parte quando passa para terceiros é complicada. Assistente social, nutricionista, psicólogo... (P1/Caso);</i></p> <p><i>O papel da assistência social, dessa aqui se ela sentasse com a gente e... Ela pode até ir com a gente, mas depois não faz nada (P3/Caso2);</i></p> <p><i>A gente traz os casos, é discutido e é passado adiante e no passar adiante a gente ve que não funciona (P_3_RS).</i></p> <p><i>Raquel: no passar adiante não funciona. A gente ve que a rede não funciona como deveria né. A rede como um todo. Tanto no conselho tutelar, no CREAS, tudo o que sai daqui, às vezes param. Alguns tu esquece e nem lembra mais. Aqui eles articulam, só que não o resultado, a coordenadora dá o encaminhamento. Às vezes eles vem fazer a visita. Casos de idosos também que não tem retorno. (P3/Caso3).</i></p>
Qualificação profissional	<p><i>São bem variadas. Sífilis na gestação. É bem variada. HIV.</i></p> <p><i>Sobre pós-parto nunca teve, eu acho que não. Que eu me lembre não. Só se foi lá no comecinho quando eu vim para cá, que eu não lembro mais.</i></p> <p><i>Do pré-natal eu lembro, dos bebês a gente lembra, de sífilis eu lembro. Eu acho que é uma deficiência. (P8/Caso1);</i></p> <p><i>O município está evoluindo, a gente tem o protocolo de saúde da mulher, mas a gente não tem autonomia de prescrever e solicitar exames, que vai entrar agora, porque o COREN tem o protocolo que foi liberado pelo COFEN e pelo COREN, então o município aderiu ao protocolo, que foi o secretário que assinou. A gente já fez as capacitações do protocolo. Esse é para saúde da mulher, e daí entra pré-natal, aí tem hipertensão, diabetes, tem os primeiros atendimento gerais que gerais, que chegam, as queixas mais recebidas pela unidade. Esse protocolo vai dar um pouco mais de autonomia para o enfermeiro. Está em processo de implantação, já fez a capacitação, a implantação vai ser por partes, então eu estou esperando as orientações. Esse foi feito pelo pessoal do COREN, foi uma das conselheiras do COREN, então ela está nessa gestão do COREN e está liberando esse protocolo, está liberado para adesão dos municípios, então eles podem aderir ao protocolo, mas eles tem que fazer tudo formal, registrado, e esse protocolo é atualizado anualmente, tem uma equipe que avalia, e atualiza. Então está bem legal. E a gente está nesse esquema, então acho que esse ano, a gente vai poder evoluir nessas questões de pré-natal e puerpério e tudo, poder orientar e prescrever medicações, e poder fazer mais consulta com mais autonomia, eu acho que isso é fundamental, para começo assim, e ela também trabalhou as evoluções de enfermagem, que é a minha falha (risos) (G1/Caso2).</i></p> <p><i>Eu enquanto médico não. Por enquanto não. A enfermeira eu acredito que tenha. Estão implantando.</i></p> <p><i>Quanto a gente assim não, algum treinamento não, específica para protocolo. Nenhum protocolo. Um mês e pouco que eu estou na prefeitura não. Poderia ter, mas não tive nada. Seria interessante ter o protocolo, para a gente saber o que avaliar certinho. Porque se não depende muito do profissional. Não tem uma rotina estabelecida. Às vezes um check list já iria ajudar bastante (P11/Caso2);</i></p> <p><i>A gente está saindo agora o protocolo, que vai dar mais autonomia, porque frustra a gente, faz todo o trabalho e aí a gente não consegue liberar um simples exame, né? É chato. Eu não me importo, não vai tirar a minha autonomia de enfermeira. Mas só que é ruim, essa parte é ruim. Mas aí eu libero, boto no sistema. Porque a gente insere no sistema que libera o exame, mas a gente não pode assinar (P10/Caso2);</i></p> <p><i>A gente usa, tem uma fichinha que é do município, mas é mais um roteiro. Até tem a pré-concepcional aqui e aí termina com o pós-parto. Mas pode ver que não tem muita coisa, e é mais focado para o bebê, tem o teste do pezinho e tal.</i></p> <p><i>O que a gente faz é mais pela nossa formação do que pela questão protocolar, diferente do pré-natal. (P4/Caso3);</i></p>

	<p><i>Eu acho que ainda o foco é na criança. Eu tento fazer esse contraponto mesmo. já está bem marcado o cuidado do bebê, a gente tem protocolos e eu sei que tenho que seguir aquilo, e se eu seguir certinho vai estar tudo bem. Agora com a mulher a gente não tem, tem algumas coisas, mas não tem assim...</i></p> <p><i>Eu acho que na sociedade o foco na mulher é reprodutivo e o que nos vai ser cobrado é o foco na criança. A mulher tem o pré-natal, tem todas as etapas, para preservar a criança, e depois que nasce não tem mais.</i></p> <p><i>Seria bom ter indicadores para as mulheres(P6/Caso3).</i></p> <p><i>a gente tem uma característica aqui que dispõe de muitos espaços para educação permanente. Aqui na secretaria a gente tem as reuniões dos núcleos, todos os núcleos que compõem os núcleos se reúnem, todos os profissionais, a cada dois meses. Nesses espaços de educação permanente a gente debate vários temas. Dificuldades que estão tendo, temas mais teóricos, repensar fluxos, núcleos de enfermagem discutiu a atualização e ampliação da norma técnica dos enfermeiros, que é antiga. A gente discute nesse espaços. Além desses núcleos, a gente tem a reunião do numesc, que aqui no município a gente não tem um núcleo municipal de educação em saúde coletiva, a gente tem reuniões de educação permanente, não tem uma pessoa responsável, por pensar ações de E.P., mas o nosso núcleo da gestão da o pontapé inicial no início do ano e o próprio grupo vai ser organizando. Então tem um representando de cada serviço do município, e esse grupo vai pensando as pautas (G1). A gente está com uma dificuldade referente a notificações de violência contra a mulher, que surgiu no último. No próximo a gente vai discutir especificamente sobre notificações de violências. Assim o grupo vai ser organizando, é um espaço muito potente. A gente dá uma estimulada, e os trabalhadores também trazem as demandas, é um espaço muito potente para a gente estar discutindo. E também, desde a metade do ano passado a gente possibilita que as equipes tenham uma vez por mês uma reunião estendida. A reunião de equipe, de todas, são todas as semanas por duas horas, sempre fecham duas horas. E sempre apontavam dificuldade de fazer atualizações, por ser curta já para as questões organizacionais, matriciamento, quem dirá para fazer educação permanente, preceptoria, supervisão, nos casos de unidades que tem residentes e acadêmicos. Então desde o ano passado, que tem as reuniões estendidas, elas podem fechar o turno inteiro. Isso é muito importante porque as equipes estão vendo suas demandas do dia a dia, porque não é uma demanda para todos no numesc. Muitas tem discutido acolhimento, estão implantando acesso avançado, estão discutindo nesse espaço. Ou demandas que chegam para qualificar um pouco mais. E isso qualifica também o atendimento no pós-parto, porque a gente discute as questões mais gritantes que aparecem nos comitês, nos espaços coletivos, a gente traz para o numesc para discutir, isso possibilita várias alternativas em vários espaços onde a rede possa estar sentando e estar discutindo no sentido de qualificar (G1/Caso3).</i></p> <p><i>Caso 3: Contratação de médicos e enfermeiros especialistas em saúde da família; o município oferta residências multiprofissional e médica em saúde da família; estímulo a educação permanente são fatores favoráveis (Diário de campo).</i></p>
Apoio à equipe de APS	<p><i>O telessaúde eu uso. Eu já usei duas vezes, usei para o gastro e o dermato, e funciona legal. Funciona bastante, porque dá uma.... direciona para a gente, e até tirar dúvida, num caso que a gente sabe mais ou menos, mas é bom ter a opinião do especialista. Normalmente para ter uma opinião eu acho que é válido. Que dá para desafogar um pouco o especialista. E na atenção básica é o básico de tudo (risos), e a gente não sabe tudo. O paciente, peguei lá, uma úlcera gástrica, e aí eu tinha encaminhado já para o gastro, e até veio o telessaúde para encaminhar para o gastro, porque era um caso difícil. Mas teve dermato que falou que não, era só procedimento ambulatorial, então não precisava encaminhar (P8/Caso1);</i></p> <p><i>A gente tem toda essa questão de atendimento interprofissional, na atenção básica a gente tem além das chefias, tem uma pessoa lá no departamento para cuidar dessas questões de pré-natal, dos dados, dos indicadores, nós temos uma pessoa lá, no departamento na gestão que cuida especificamente da gestante e do pós-parto. Nós temos agora a gestão de casos, existe a saúde da mulher, que também está, é uma unidade separada, só de saúde da mulher e da criança, que está acompanhando online esse preenchimento das planilhas para a gestão de casos, se ela é baixo risco, médio ou alto risco. Inclusive agora está sendo feita a planilha da puericultura.</i></p>

Todas as crianças que nascem vão para essa planilha, o risco é classificado e a gente vai acompanhando por consulta até um ano de idade. (P7/Caso1).

O PMAQ foi bem legal, até porque a gente se auto avaliou, há nossa isso eu fazia errado, eu deixava a desejar, a gente começou a se policiar. E mais para registros assim, para depois estar mostrando. E o que a gente precisava melhorar eu acho. Eu acho que foi bem legal. E quando veio a nota a gente se sentiu muito orgulhoso. Poxa a gente acha que tem tanta coisa para melhorar e a gente foi tão bem, então quer dizer que a gente tem que se autovalorizar, poxa a gente foi bem, mas pode melhorar mais (P10/Caso2).

Como eu gostei da forma que a atenção primária era organizada eu acabei ficando por aqui. Aqui é legal a gestão, pois trabalha com apoio institucional, então acaba sendo um pouco mais horizontalizado, e faz toda a diferença. Daí consegue ter diálogo com a gestão, não fica engessado, para pensar processo de trabalho e tudo. Já conhecia e conhecendo os demais municípios eu sabia que aqui era mais vantajoso. (P6/Caso3)

E os matriciamentos, se um médico de família está com uma pós-parto e está com dificuldades, então ele já matricula via prontuário. Tem aquela parte de correio eletrônico, já faz a parte de matriciamento. O médico abre, ve o prontuário e já dá a devolutiva, sem precisar encaminhar. E se o especialista achar interessante ele já pede para mandar a paciente. Já matricula com o próprio especialista da rede. Estão próximos, já está nesse processo. Até o final do ano nós queremos que o especialista seja matriciador ou com encaminhamento do enfermeiro ou médico. Que é o caso da unidade que você está. Os especialistas não serão mais porta de entrada (G1/Caso1);

O apoio psiquiatra às vezes que ela veio, a gente tem até precisado pouco ultimamente, mas as vezes que ela veio foi bem produtivo, sabe. Resultou em melhora. A gente conseguiu fazer alguns encaminhamentos que necessitava, um era uma criança, e outro adolescente, eu vi que sim, que ajudou a gente no acompanhamento da pessoa (P8/Caso1);

A gente tem na equipe de apoio, e quando a gente acha que precisa uma coisa mais intensa a gente acaba encaminhando para o CAPS. Se é gestante é mais fácil, se fosse uma puérpera acho que seria mais complicado. Mas a gente sempre liga antes para discutir o caso. A gente liga para o CAPS, discute o caso. O acolhimento é porta aberta, mas eu prefiro discutir. Eles tem a dinâmica de ser avaliado pelo restante da equipe para então passar para o psiquiatra. Essa paciente que precisou encaminhar durante o pré-natal foi rápido (P6/Caso3).

O telessaúde a gente usa bastante, ajuda bastante. É um facilitador (P6/Caso3).

Caso 3: desfavorável: apoio do NASF e da equipe de saúde mental não é para todas as unidades de saúde.

Para nós quem está funcionando do NASF é a psicóloga. (P3/Caso2);

A nutricionista que nós tínhamos anteriormente, ela era ótima. Mas agora essa que tem, dá a mesma dieta para todo mundo. Gordo e magro a dieta é a mesma, e as pessoas desistem. Ninguém quer. (P8/Caso2)

Essa questão do NASF deixa muito a desejar, pelos profissionais que temos hoje (P3/Caso2);

Tem o apoio do NASF. A relação com a equipe é boa, eles fazem atendimento individual, apesar de que o preconizado não é individual, são mais as palestras. Mas quando a gente faz as palestras eles vêm, quando tem na escola a gente inclui eles, e eles vem, o que eles não fazem, que ainda é falho é o apoio matricial.

Eles pegam, médico está com dificuldade em quadro clínico, deveria ter um psicólogo, ou psiquiatra para ajudar e dar uma conduta. (P10/Caso2);

Os outros profissionais, ah fisio a gente consegue bastante, mas porque a gente trabalha meio separado. Mas a fisio funciona legal, até tem atendimento domiciliar aqui no município.

Eu tenho trabalhado com encaminhamento, 100% encaminhamento, não tive oportunidade de discutir o caso com eles. (P11/Caso2);

Nós poderíamos resolver mais coisas. Eu sei que a gente tem uma demanda alta em serviço de psicologia, e eu sei que as pessoas não gosta, pelo menos na nossa área, as pessoas não gostam de fazer um grupo de psicologia, porque aborda a realidade pessoal, se expõe no grupo que conhece, e as vezes não gosta da pessoa, e a pessoa está no grupo, então eles acabam não aderindo ao grupo de psicologia, e ela acaba atendendo individual. Só que ela vem a cada 15 dias, aí a fila não anda (P10/Caso2);

Com relação a psicologia eu acho que funciona um pouco, mas é carente. Eu sei que eles me passaram que ela vem de 15 em 15 dias. Tem bastante paciente esperando para trabalhar com a psicologia (P11/Caso2);

A equipe de apoio em saúde mental é bem positivo, é super fácil acesso a elas. Na época quem tinha residente não tinha NASF. Mas eu já precisei de nutricionista, eu consigo acessar, mas é mais pontual. Tem nutricionista ambulatorial, mas essa senhora que eu precisei ela ia fazer uma gastrostomia, aí era alguma questão do peso, era diabética e tinha feito gastro, aí eu precisava pegar questões específicas. Tem uma fono, educador físico (P4/Caso3);

A gente tem NASF mas não abrange todo o município e tem uma equipe de saúde mental. Então quem tem saúde mental não tem o NASF, então nós temos o da saúde mental, então eles vem aqui. A gente faz o manejo da saúde mental aqui com a ajuda deles (P6/Caso3);

Dificuldades de acessar profissionais como fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Em todas as realidades (Diário de campo).

APÊNDICE G - Organização das evidências representativas da dimensão execução

Quadro 1: Matriz de organização das evidências: dimensão execução. Florianópolis, 2020.

Fatores externos	Evidências
<p>Crenças da população relacionadas aos cuidados pós-parto</p>	<p><i>Essa questão de costumes antigos a gente não vê mais tanto, raramente. Elas comentam bastante, ah minha mãe ou minha sogra falou isso. A gente explica que era antigamente, então tem que fazer uma orientação em cima do que elas trazem. Elas acreditam bastante em mim já. (P7/Caso1).</i></p> <p><i>às vezes elas falam de usar faixa, moeda. É difícil, mas tu encontra algumas que tem. Elas escutam. (P4/Caso3).</i></p> <p><i>Olha não chega muito para mim questão de crenças e costumes, comparando com outro posto que eu trabalhava tinha muito mais. Era bem mais carente e a gente percebia essas crenças mais presentes. Eu não sinto tanto. Questão de lavar cabelo, moeda no umbigo, não tenho pegado. (P6/Caso3)</i></p> <p><i>Mas dúvidas mesmo só aqui no posto. Eu perguntava tudo (M10/Caso3).</i></p> <p>Há algumas crenças e tabus, porém a maioria das mulheres sana dúvidas com os profissionais e estão abertas às orientações, não seguindo orientações populares de familiares (Diário de campo).</p>
<p>Desigualdades de gênero</p>	<p><i>eu acho que hoje eles estão mais presentes. Antigamente eles ia para roça e deixavam as mulheres. Agora são mais parceiros. (P4/Caso2)</i></p> <p><i>O marido ajuda muito, até banho dá né? (P8/Caso2)</i></p> <p>Entrevista com puérpera M10/Caso1: ao final, depois que terminei a entrevista e encerrei o gravador a puérpera me mostrou sua carteira do mãe paranaense e discutimos sobre ela, pois há espaço para as informações do parto e do pós-parto, porém as mesmas não são preenchidas. Também me mostrou uma folha de orientações que ganhou na maternidade, de cuidados, porém eram somente cuidadosos com o bebê, discutimos sobre isso, sobre o foco no bebê. (Diário de campo Caso1).</p> <p>Apesar de todas as perguntas serem voltadas para o pós-parto, a enfermeira direciona os exemplos e explicações para a gestação (Caso1). De fato, percebe-se uma invisibilidade das mulheres no pós-parto. (Diário de campo Caso1);</p> <p><i>Mas elas são acompanhadas sim, a gente orienta, desde a rachadura no peito, se não quer pegar, se o bebê não está aumentando o peso. A gente orienta que é normal perder um pouco de peso no começo e que depois ele vai ganhar. É muita coisa, muita pergunta, muito questionamento. Principalmente as mães de primeira viagem. Aquelas que são de segunda, terceira viagem, a gente tem que cobrar mais a vacina. Porque os primeiros elas trazem tudo certo. Então a segunda tem que cobrar mais, são cobranças diárias que a gente tem que fazer (P1/Caso2).</i></p> <p><i>A enfermeira fala muito para a gente perceber a criança né, se está aumentando o peso, a cabecinha da criança, para ver tudo certinho. Se a criança chora muito, se não chora. (P8/Caso2)</i></p> <p><i>Eu me senti um pouco triste, porque a mulher é boba né, porque a gente quer atenção né, não mas eu penso, vou deixar porque é uma benção. De vez em quando fico triste. Em geral as pessoas não perguntam muito de você, mais é o nenê. (M10/Caso1).</i></p> <p><i>Depois que nasceu a neném as atenções são para o nenê né (risos). A gente se sente meio excluída parece. A família até que não é tanto, mas tu sente um pouco mesmo assim. Mas agora está mais acostumada. Eu já estou melhor, já assimilei. Os profissionais de saúde também focam mais no bebê. No hospital é mais para o bebê, no posto eles dividem a atenção. Eu me senti mais assistida pela enfermeira do que no hospital. (M1/Caso3);</i></p>

Acho boa essa pesquisa, porque depois que nasce o bebê as atenções vão todas para o bebê, né? Tu acabou de ganhar filho, tu tá fraca, tu levou ponto, tu tá mais sensível, o peito dói, o corte dói, às vezes o corte dói. Eu tive o parto normal e o corte dói, a episio né? Com a família e nos atendimentos eu acho que a atenção é muito para o bebê. Acho que quem mais me ajudou foi a minha mãe. Porque acho que ela, sei lá, mãe ve a filha recém parida sabe? E o resto é mais é atenção no bebê. Mas tranquilo, a gente acaba entendendo. (M5/Caso2).

realmente, precisa olhar mais para a mãe, porque se a mãe não estiver bem o bebê não estará bem. A mãe precisar estar bem para cuidar do filho, e isso não acontece, a mãe não é muito vista, é mais para o bebê. Coisa que é importante a gente saber dos cuidados com a gente, porque esquecem da gente. (M10/Caso1).

Acho que até a primeira consulta dela do pós-parto foi maravilhosa, daí dali para frente daí já não... é esquecido (risos). (M3/Caso1).

Eu acho que depois que você ganha o bebê é mais para o bebê. Tanto é que eu tive a minha consulta pós-parto que era para mim e a consulta dele, e daí a partir daquilo agora é só para ele. (M6/Caso1).

Eu vou dizer que às vezes, no início eu achava que eu era excluída, tudo era focado no nenê. Chegava alguém na minha casa e ninguém lembrava de mim, era só o nenê. Ai às vezes ia lá e via o nenê, e eu pensava poxa e eu? Ninguém vai perguntar como que tu tá, como que tá os teus pontos? Eu me sentia para baixo. Mas isso eu acho que é normal, mas depois passa, é tranquilo. Isso mais com as pessoas que vinham me visitar. Os profissionais de saúde focavam nos dois. Tanto aqui, quanto no hospital. Se fosse ver o nenê também perguntava sobre mim. Mesmo sendo consulta só para o nenê, sempre tinha essa pergunta. Aqui foi bem tranquilo, mas em casa, só tem o nenê, só tem o nenê que é novo. (M9/Caso3);

Eles marcaram aquela consulta com a enfermeira, daí a enfermeira pesou... essa eu tive. Daí pesou a bebê e tudo mais, mas eu percebi também que mais voltada a neném e não a mim. Não foi assim... pra mim o que foi falado. Você agenda a sua consulta. Está tudo bem com você? Tá! Você teve febre? Não! Só essa entrevista básica né, e... marca a sua consulta com a médica. (M5/Caso1).

Quando você, que nem você falou que veio pesquisar o pós-parto, aí que eu parei para pensar, é nesse momento que eu estou pensando sobre o pós-parto, o quanto é importante para a gente também. E eu mesma não percebi. Porque você está preocupada com o bebê. Eu senti muito que não fui muito assistida no sentido de ter essas orientações. É que são dúvidas que às vezes vão surgindo, mas que se já estiver pré-estabelecido fica mais fácil. Como se fosse um pré-natal mesmo. o mesmo cuidado do pré-natal, ter no pós-parto também né, ter o mesmo, ter o mesmo acompanhamento, mas a mesma atenção, voltada também para a mãe, e não só para o bebê. Porque é bem voltada para o bebê, mas para o bebê do que para você, e por nós sermos mães, a gente acha maravilha e a gente esquece da saúde. (M5/Caso1).

Mas eu acho que ainda tem muito o que melhorar, porque os homens ainda são bem machistas, às vezes se colocam em posição... eu converso com bastante gente, eu vejo que anda tem muito a melhorar. Mas dentro da minha casa é bom. Mas eu vejo que fora é muito machismo. (M5/Caso1).

A gente respeitou a dieta. Ninguém falou que tinha que respeitar. A gente foi pela nossa cabeça. Do primeiro eu levei um ponto, e eu mesmo não queria. Eu converso com ele, e ele entende. Do segundo eu não levei ponto. A gente usava camisinha porque não estava tomando nada. A gente usava camisinha mas ele não gosta, nada eles gostam, quando depende do homem é complicado. E daí eu não, a gente usou por um tempo, uns dois meses. (M6/Caso1).

Ai eu já comecei ficar com medo dela, no fim hoje eu me arrepende porque eu não paguei, e também assim, sozinha, moro com a mae, tenho despesa de casa, o pai dele é um Zé roela, vive

na cachaça. Ai agora ele tá dando 250,00 de pensão, mal compra leite dele que é o nestogeno, ele come seis latas por mês (M2/Caso2);

Na maternidade, as moças que ficaram comigo no quarto, nenhum tinha o marido. Marido: o marido na bagunça, a mulher lá se ferrando sozinha. Tipo era natal!!! (Companheiro de M3/Caso2);

Pouquíssimos maridos, 70% das mulheres estava com mãe, ou com a amiga, ou sozinha. Eu achei bem triste assim. Era dia de natal, né!!! Imagina, a gente ganhou ele dia 24, e dia 25 era natal. Ah vocês estão aí tomando cerveja, lembra das duas meninas que estavam falando com o marido? E elas no hospital tadinha, parto normal, foi uma fudição o parto normal dela, coitada (M3/Caso2);

Eu vejo que as mulheres ficam sozinhas. O marido fica dois ou três dias, e vai embora. Às vezes o marido fala fica aí que eu quero dormir, não dão importância, às vezes dormem até em outro quarto para descansar. Por exemplo essa semana teve um que a mulher ganhou bebe e ele falou: ah vou dormir em outro quarto, porque amanhã eu tenho que trabalhar, ele mesmo que contou. Então eu acho que tem que ser cumplicidade dos dois. (P12/Caso2);

Redução da libido: diminuiu totalmente. E meu marido não entende, eu já expliquei para ele, mas não entende. Mas agora já melhorou já (M10/Caso3);

Ninguém me falou nada. A gente vai lendo, vai pesquisando. É na prática. A gente fica, tipo TPM assim, tu fica chorona, irritada, fica tipo 10 vezes mais, fica muito sensível, muito sei lá. É porque daí, tudo depende de ti e tu precisa dá atenção para todos. Para as visitas, para o marido, para o outro filho, pro teu bebezinho e tu vai ficando, essa é a sensação, é triste. Ninguém te conta isso, só conta o mundo maravilhoso. Eu não sei se alguém te falou alguma coisa, mas olha, a experiência é essa (risos), pelo menos você já vai ficar sabendo, não vai precisar pesquisar nada.

Depois que vai caindo a ficha, tá dando mama, dá contração, que o útero está descendo. Já fica com dor, teu peito doi, o neném chora, não sabe o que é. A mãe quer tomar um banho para relaxar, tem que tomar banho de três minutos porque o neném está chorando (M5/Caso2);

Depende de como ela vive, do acolhimento que ela tem. A própria estrutura familiar. É um contexto, porque na realidade ela está sendo sugada, ela é sugada pela família, ela é cobrada. Nessa questão de como é que está cuidando. E todo mundo fica em cima. Um diz, tem que fazer isso, o outro tem que fazer aquilo, aquilo se torna um peso enorme na cabeça de uma mãe. (P3/Caso2)

A questão do companheiro é bem difícil, na prática a gente percebe que as mulheres vêm sozinhas, tanto no pré-natal, quanto no puerpério, a gente até, infelizmente se surpreende quando os companheiros vêm. (P6/Caso3);

Eu também não quero gerar uma crise existencial nesse momento da vida delas, mas é tensionar algumas questões importantes nesse momento também né. Ou usar camisinha que é uma coisa, que no território é muito difícil. É muito presente o machismo. Até o fato de ter relação. Mulheres casadas sentem obrigadas a ter relação sem ter vontade por causa dos maridos, e de todas as faixas etárias. Mas essa questão do anticoncepcional é meio complicado trabalhar mas eu tento, tentar ver essa questão (P6/Caso3);

É desromantizar também a questão da maternidade, que depois que nasceu vai ser tudo maravilhoso, até para ela não se sentir que ela não vai ser uma boa mãe, não se sentir frustrada. Entender que ela vai ser a melhor mãe que ela pode ser. E que as mães são muito julgadas, tem o certo e tem o errado. Eu tenho muita dificuldade nisso, porque a gente tem as orientações adequadas para o cuidado da criança, cuidado do puerpério e tal, mas a gente tem uma perspectiva de que às vezes as mulheres tem uma condição de vida que não permite, e ela não vai ser pior ou melhor mãe por causa disso, e aí como que eu vou julgar isso né (P6/Caso3);

A gente sempre orientou, mas infelizmente assim, foram pouquíssimos casos que vieram, eles não aderem mesmo, tem a fala da importância tanto para ela, quanto para ele. Nas consultas pré-natal, do tempo que eu estive aqui, só uns três pais participaram. Os outros assim, eu vi na

	<p><i>consulta puerperal, nos primeiros dias saudáveis, aí eles vincularam melhor, nas consultas como bebê já (P5/Caso3);</i></p> <p>Também vi que as mulheres não desenvolveram muito diálogo sobre o papel da mulher e sobre machismo. Talvez elas não estejam tão empoderadas para discutir isso e refletir questões do peso da maternidade na mulher. Vi que essas mulheres parecem estar mais preocupadas com os filhos e menos preocupadas consigo mesmo do que as de outros estados, ou pelo menos não tem uma percepção de que elas também têm necessidades. Penso que a cultura patriarcal é muito forte nessa região de saúde. Por outro lado, é a equipe de saúde que mais está disposta a trabalhar com essas questões (Diário de campo Caso3).</p> <p>Foco na saúde da criança <i>A gente tem o pessoal responsável pelo sis pré-natal e pede para fazer busca ativa. Pelo menos até um ano e três meses, a gente está sempre olhando a carteirinha. A gente acompanha até dois anos. Mas tem que lembrar que com 4 anos tem vacina (P1/Caso1).</i></p> <p><i>Eu sempre falo, ela pode vir aqui até 10 dias, pesar a criança, o ideal seria se ela tivesse o pediatra com 10 dias, a gente não tem, mas o que vai contar mesmo é o peso dos 30 dias. Isso ela vem e pode fazer comigo, eu faço avaliação e pesagem, coloco no gráfico. Então essa minha primeira consulta, de orientar a importância dela fazer a consulta puerperal, já alinhando a puericultura mensal. Então é importante que ela venha aqui com 30 dias, para ela tirar mais um pouco de dúvida, assim, mas nessa consulta do puerpério, que é, que a gente tende a pegar o quanto antes, a gente orienta a parte também de anticoncepcional, né? (P10/Caso2);</i></p> <p><i>Fazemos visitas. Normalmente a gente vai na casa dela para ver como que está, como está o banho, os cuidados com o bebê. Normalmente ela no momento que ela ganha, ela está bem, um pouco de dor, mas a preocupação é a criança, não está conseguindo dar de mamar. Aí a gente passa as orientações que a gente tem, e quando foge da gente a gente orienta a procurar a unidade (P3/Caso3);</i></p> <p><i>Ver se a criança fez as vacinas, BCG e hepatite. Porque no hospital tem dia, e se a vacinadora da BCG não está, aí tem que ir na outra unidade de saúde. Aqui não faz BCG. Damos orientações de vacinas, cuidados com o bebê, amamentação (P2/Caso3).</i></p>
<p>Condições socioeconômicas / demográficas</p>	<p><i>Aqui a população tem um socioeconômico melhor. Eu acho que todos aderem bem as orientações (P3/Caso1)</i></p> <p><i>Aqui no posto é bem tranquilo, a média são mulheres mais velhas, com 28 a 30 anos, a gente não tem muitas adolescentes, tem uma novinha com 18, mas o resto é mais velha. Aí é mais fácil trabalhar, elas compreendem mais, é mais absorvido, tanto por ser mais velha, como pelo grau de instrução. (P3/Caso3).</i></p> <p><i>É um fator que interfere no sentido que a baixa escolaridade faz com que você tenha que explicar mais vezes para a pessoa entender. Apesar de que nessa unidade a gente tem um nível mais alto de escolaridade em geral na população. Cada unidade tem suas características, tem unidade que tem mais gestantes adolescentes, aqui a gente tem as gestantes mais de idade avançada. A gente tem bastante gestantes com média de 35, com 40, nós tivemos uma com 45 anos esses dias. (P7/Caso1).</i></p> <p><i>Eu acho que o que mais atrapalha é mais a questão social, questão financeira mesmo assim. A paciente que é pouco instruída, a gente orienta que tem que voltar todo mês, até para a rotina da criança ela já não vem, as vacinas ficam atrasadas, a parte mais difícil é essa, dificuldade social. Acho que é mais por entender, não é por vontade mesmo, não vem na consulta, não seguem as orientações corretas. Acho que não entende a importância de seguir o tratamento, fazer o acompanhamento. (P3/Caso2).</i></p>

	<p><i>Eu acho que com a informação da internet teve um grande avanço nessa parte. Porque assim hoje elas são orientadas por médicos, enfermeiros, as doulas, e antigamente não existia isso, tinha só a casa. Então hoje eu acho que a mente delas se abriu um pouco, pela questão da informação. (P3/Caso2).</i></p> <p><i>Aqui no posto é bem tranquilo, a média são mulheres mais velhas, com 28 a 30 anos, a gente não tem muitas adolescentes, tem uma novinha com 18, mas o resto é mais velha. Ai é mais fácil trabalhar, elas compreendem mais, é mais absorvido, tanto por ser mais velha, como pelo grau de instrução. Essa questão da escolha assim né. Não que eu não vou o oferecer para as outras que tenham menor grau de instrução, mas é mais fácil, ah eu tenho que tomar, mas daí tenho que tomar pílula todos os dias no mesmo horário. Ai eu acho que é mais tranquilo. Aqui é uma característica do bairro, ser uma população mais velha (P4/Caso3);</i></p> <p><i>Diminuição da libido: não. Isso tudo eu li na internet. Eu pesquisei para saber o que acontece. Na minha outra gestação eu não estava casada, então foi diferente. Não tive relação logo em seguida. Agora é outra situação. (M1/Caso3).</i></p> <p><i>Suas dúvidas, onde procurou ajuda? Tudo com a doutora durante o pré-natal. Agora no pós-parto, eu pesquisei na internet, eu vou atrás no Google, vejo lá, eu até sou inscrita em uma página na Baby Center, que é um monte de mães que participam, então assim tem tópicos de mães, que tiram dúvidas, e vou em páginas de médicos mesmo. tem algumas páginas que são boas. Ou mesmo, se eu quero às vezes estou com dor, quero tomar um remédio, eu entro na bula do remédio e vejo as indicações e contraindicações, e daí vou nos sites e pesquiso se alguém já tomou. Então é mais na internet mesmo. Eu me viro por conta própria. (M5/Caso1).</i></p>
Experiência das mulheres	<p><i>Eu já tinha experiência da outra filha, então eu acho que foi mais fácil, é melhor. (M10/Caso2); Eles não orientaram muito porque eu já tinha uma gestação. Era só em relação aos pontos, se o bebê tivesse algum problema era para mim voltar, qualquer coisa era para voltar na unidade de referência. Eu vi que quem não tinha, tinha uma atenção maior. Mas foi bem tranquilo. (M9/Caso3);</i></p> <p><i>Nesse primeiro mês eu tinha atenção, mas não sei dizer!!! Todo mundo vai embora e tu se sente sabe... sei lá, é uma coisa muito doida. A consulta foi só depois de uns 15 dias. Eu acho que seria mais fácil, eu se tivesse um filho eu já tinha uma experiência, mas mãe de primeira viagem precisava mais consultas, é tudo novo, tudo novidade, tu vai aprendendo com eles, é muita dúvida, é muito, eu acho que deveria ter mais atenção. (M5/Caso2);</i></p>
Fatores internos	Evidências
Demanda	<p><i>Atendemos 15 mil pessoas. Temos uma equipe de saúde da família. Na verdade é uma equipe mista, porque temos profissionais que fazem parte do modelo antigo da atenção básica, eu por exemplo, faço seis horas, então não faço parte da equipe de saúde da família. Mas tem uma equipe de saúde da família, especificamente na unidade, aí a médica que faz parte e também a enfermeira que faz parte da saúde da família (P7/Caso1);</i></p> <p><i>Aqui a gente atende sei lá, uns 15 mil. Porque vem de área descoberta e a gente tem que prestar o atendimento (P11/Caso2);</i></p> <p><i>É difícil de fazer todas essas coisas, mas o que a gente consegue a gente está fazendo. É difícil de dizer; Faz 15 anos que eu estou aqui. No início era muito tranquilo, e hoje em dia está um caos. E a unidade, o espaço físico. A questão da amamentação a gente não tem uma salinha para levar a mãe, para explicar, para ver o peito, não tem esse espaço. Às vezes todas as salas estão ocupadas e você não tem onde levar. Pela quantidade de pessoas deveria ter mais equipes, mas não tem espaço, mais pessoas exige mais espaço (P9/Caso1);</i></p> <p><i>Muita demanda, correria da equipe. Os profissionais não têm tempo de parar. Técnicas de enfermagem sempre atarefadas, com atendimento para fazer; coordenadora “apaga fogo” o tempo todo. Faz de tudo um pouco. Resolve questões burocráticas, atende no balcão etc. Não vi muita possibilidade de ser diferente no formato que está, com uma equipe de saúde da família</i></p>

	<p><i>mal estruturada atendendo a área vulnerável e mais uma imensa área descoberta para ser assistida, com 15 mil usuários. (Diário de campo Caso1);</i></p> <p><i>Facilidade é um bairro que a gente tem uma população pequena, em geral a gente conhece bem a rede dessas mulheres (P7/Caso3);</i></p>
Vínculo	<p><i>O convívio que a gente tem com eles, durante as visitas (P1/Caso1).</i></p> <p><i>A gente às vezes tem gestante que não é cadastrada, daí cadastra e fica os nove meses com elas, e depois até dois anos por causa da criança (P5/Caso1).</i></p> <p><i>Então acho que essa questão do vínculo mesmo, criar essa confiança, é muito importante. Porque eu já vi umas sumirem, uma ou outra que eu vi que não bateu a relação, não foi legal, ou porque não queria a gestação. Já aconteceu, de falar que ia botar a criança para adoção. Então você já ve uma negativa da mãezinha que não quer a gravidez, essas às vezes somem. Mas graças a Deus não aconteceu mais. A maioria volta para mim com certeza, sabe. E eu vejo que o que facilita é ter criado já essa relação durante o pré-natal, porque se a gente não coloca aquilo às vezes elas não querem, querem pagar um lugar fora. Mas não, a gente consegue fazer (P8/Caso1);</i></p> <p><i>Outra coisa é, tu acompanha a gestante, e consegue olhar todo o mês, quem está atrasada e quem não veio. Ah a dona Maria está para ganhar, essa semana ela não veio, então já vai o agente de saúde na casa para ver por que não veio (G1/Caso2);</i></p> <p><i>A parte assistencial de pré-natal, pós-parto e preventivo é a outra enfermeira que faz, ela faz da área coberta e da descoberta. Da área coberta a médica da estratégia faz o pré-natal, se é risco habitual ou intermediário. Se é alto risco é a ginecologista que faz. Da área descoberta é a enfermeira e intercala com a ginecologista. A enfermeira só a área descoberta para o pré-natal. Mas preventivo e pós-parto ela faz da área coberta e descoberta, faz das duas. Ela faz a primeira consulta de pós-parto, na primeira semana.</i></p> <p><i>O horário de funcionamento é das 7h às 17h. A gente reveza. A hora que eu vou almoçar a outra enfermeira está aqui. Eu faço das 8h às 17h. Ela faz seis horas. Eu faço a coordenação, visita domiciliar, tudo o que que precisa na casa, que é da estratégia, sou eu que vou. E se precisar pessoas que são fora das estratégias nas visitas eu vou também. Ela fica mais assistencial aqui. Teste rápido, planejamento familiar, essas outras coisas de assistência também sou eu que faço, faço a tarde porque a gente tem mais consultórios. (P7/Caso1);</i></p> <p><i>A médica eu já conhecia bem, antes eu consultava com ela, antes de engravidar já eu conhecia ela. Daí no pré-natal eu fiz uma com a enfermeira, depois com a doutora. Eu gosto muito da médica (M1/Caso1);</i></p> <p><i>Eu acho que facilitam quando elas já fazem, um dos motivos, quando ela já faz o pré-natal aqui, cria um vínculo, e aí tu já sabe que ela ganhou, ela está louca para te mostrar o bebê. Então olha aqui a minha filha, o meu filho. Isso já facilita, ela já sabe que ela vai vir aqui, para eu olhar a mama, para mostrar o bebê e ver como que tá, qual é o próximo passo, isso facilita (P10/Caso2);</i></p> <p><i>Eu tenho mais na médica residente. Ela me atendeu melhor sabe. Ela me passou confiança, daí eu gostei dela. Tudo o que eu perguntava, ela respondia. Às vezes eu tinha vergonha, mas ela falava para não ter vergonha (M2/Caso3);</i></p> <p><i>Vem desde o pré-natal, aquela mulher que adere o pré-natal é bem provável que no pós-parto é bem provável que ela vá fazer isso né. E aquela mulher que não adere tanto já dificulta. O vínculo é bem importante, a questão de compreender esse momento. E eu digo de compreender a importância desse momento (P4/Caso3).</i></p>

	<p><i>As vezes algumas começam pré-natal em outro serviço, então não criou aquele vínculo no início (P6/Caso3);</i></p>
<p>Continuidade do cuidado</p>	<p><i>Uma consulta de pós-parto eu agendo 20 minutos para mãe e 20 minutos para o bebê. Então como é uma consulta conjunta, são 40 minutos que a gente está ali com eles, com os dois. Então você já vai abordando o tema de um, o tema de outro, já observa a parte física, o exame. 40 minutos eu acho que é um tempo legal. As médicas tem 15 minutos de consulta, então quando é orientado um pós-parto com 35 a 40 dias, elas já vão com todas essa questão do prontuário descrita. Mais para ela observar se tem algum sinal de alerta e anticoncepção, porque na primeira consulta ela já foi bem orientada, por isso é um pouco mais demorada (P7/Caso1).</i></p> <p><i>A questão da carteirinha da gestante, a gente faz o monitoramento, faz uma parceria com a maternidade do que a atenção básica está trazendo de informações dentro da carteirinha, e a gente está pontualmente vendo, seja de médico e enfermeiro. Então a questão do pós-parto e a gente vê que é zerado as informações na carteirinha, o alto risco então nem pensar, a gente está tentando trabalhar aqui dentro. (G1/Caso1);</i></p> <p><i>Entrevista com M10/Caso1: ao final, depois que terminei a entrevista e encerrei o gravador a puérpera me mostrou sua carteira de gestante e discutimos sobre ela, pois há espaço para as informações do parto e do pós-parto, porém as mesmas não são preenchidas. Também me mostrou uma folha de orientações que ganhou na maternidade, de cuidados, porém eram somente cuidado dos com o bebê, discutimos sobre isso, sobre o foco no bebê (Diário de Campo Caso1);</i></p> <p><i>Não sabia até quando eu poderia procurar o hospital depois que nascer o bebê. Se tivesse problemas não sabia que poderia ir ao hospital. Se eu não me engano eu li essa orientação atrás da carteirinha de pré-natal, se eu não me engano tem essa orientação.</i></p> <p><i>Na minha carteirinha tem a parte do pós-parto, mas não foi feito nenhuma anotação nela, eu nem levei, porque nem pedem. E do de dois anos foi a mesma coisa, ninguém preencheu pós-parto. Quando eu vi que tem a parte de pós-parto, mas ele quando eu olhei, nossa tem aqui um pós-parto, mas acho que não é para utilizar, está de enfeite aqui (M5/Caso1);</i></p> <p><i>prevê uma consulta em até sete dias. O que ele prevê é que seja em até sete dias a visita domiciliar. Na nossa realidade a gente não consegue fazer visita domiciliar para todas em sete dias. Isso a gente não consegue 100% das gestantes visitar em sete dias em casa com médico e enfermeiro, então a gente, o que a gente fala, a gente pede para até em sete dias tenha uma consulta puerperal, se não der para ir em casa, pelo menos na unidade, e em até 40 dias é preciso fazer a visita. É uma visita e uma consulta, a gente adapta, a norma pede a visita em sete dias, então a gente adapta para as realidades, a gente sabe que não sai assim. (G1/Caso2);</i></p> <p><i>olhamos mais o do bebê, o cartão do bebê. A gestante é mais quando ela falta na consulta, depois como puérpera não olha mais o cartão (P2/Caso3).</i></p> <p>Registros em prontuário:</p> <p><i>Percebi questões de erros em registros, como registrar consulta pré-natal ao invés de puerperal. Percebo também que são prestados diversos atendimentos às mulheres durante o acompanhamento da criança, porém isso não é registrado como consulta puerperal (Diário de campo Caso3);</i></p> <p><i>Percebi bons registros da enfermeira, porém registros incompletos da médica (Diário de campo Caso 1);</i></p> <p><i>O que eu sei que eu falho, deveria ter minha evolução, né, e a evolução do médico. Não tem a minha evolução. É uma falha, realmente tu não vai encontrar. Tem ali quando eu pergunto da amamentação, dia do parto, se está com a menstruação, ali o fluxo, os lóquios, se eles estão presentes ou não. Toda essa parte eu pergunto, boto um asterisco e vou colocando, joguinho da velha e vou colocando. Não tem a evolução completa. A gente tem que corrigir isso. Eu tenho clareza disso (P10/Caso2);</i></p>

<p>Atuação e qualificação da equipe</p>	<p>Trabalho em equipe</p> <p>Caso1: percebi que não funciona bem a saúde da família, não há um entrosamento entre a equipe, não há discussões de casos. Há melhor relacionamento entre médica e ACSs, os profissionais de enfermagem ficam na demanda (Diário de campo);</p> <p><i>A equipe não é muito boa não (P3/Caso1); Cada um no seu quadrado (P5/Caso1). Mais a parte da médica com as ACSs é sim. A médica acaba fazendo coisas que não deveria, para tentar a gente agilizar como dá. Mas a parte da enfermagem. Uma nota de zero a 10? É zero vírgula zero, zero, zero, zero... negativo (P3/Caso1).</i></p> <p><i>Veio uma agora com 30 dias que eu não tinha feito o puerpério dela, mas a enfermeira fez. Muito difícil conseguir conversar com a enfermeira sobre os casos, porque eu estou presa aqui até o horário de sair, é muito complicado, é muita demanda. (P8/Caso1);</i></p> <p><i>A gente não tem muito tempo dessa coisa de sentar e todo mundo discutir um caso. Ou até um grupão, vamos falar dessa, dessa, e dessa que estão todas no mesmo barco. Fica eu por eu. Às vezes eu vejo na agenda que a enfermeira já atendeu, às vezes não tá ali, não sei se atendeu e ela não transcreveu ainda. Essa coisa da equipe mesmo que a gente não conseguiu organizar o tempo. A gente tem uma reunião, mas é muito burocrática. Ah é tipo assim, organizar cadastro, campanha de vacina não sei quando. É tudo muito geral. E a reunião acaba, o pessoal te que ir embora e a gente não consegue discutir paciente, a gente discute situações do administrativo ali. Então acaba que não tem essa troca, sobre uma situação ou outra. (P8/Caso1);</i></p> <p>Qualificação profissional:</p> <p><i>Eu me formei em 2008, trabalhando nisso e amo. Trabalhei em beira de estrada, de pegar ônibus, foi a época que eu mais adorei. Era coisa de abrir porteira até chegar nas casas. Eu sinto falta, lá. Uma coisa que eu vou te falar, lá eu conhecia todo mundo, o pai, a mãe, o irmão. Lá conhecia. Aqui nem sempre. A maioria das vezes eu não sei, é muita gente, roda muda, e o prontuário eletrônico é o nome só da pessoa. Lá não, era uma pasta grande com a família toda, então para eu chegar em uma pessoa, eu passava pelo pai, pela mãe e puxava a criança que eu estava atendendo. Eu sabia quem era a família, batia o olho e já sabia. Aqui não.</i></p> <p><i>Ontem uma paciente minha antiga, ela me falou que o marido veio ontem, mas eu não sabia que era o marido dele. Mas lá não, eu sabia certinho, porque era tudo no papel, e eu abria a folha dela e eu sabia tudo, lá era prontuário por família. Aqui é individual. Lá eu conhecia a família. Sabia tudo, quem era diabético. Aqui não, eu não sei onde mora, eu fico procurando. E a questão da demanda. (P8/Caso1);</i></p> <p><i>Ajuda muito. A equipe é boa. Tem uma boa experiência, assim, e está aberta às mudanças, então eu acho que a gente pode melhorar mais, a questão das reuniões/grupos [...]E a equipe ela se prontifica, são abertos às mudanças e são profissionais com experiência (P10/Caso2);</i></p> <p><i>A consulta gente faz compartilhada, passa por mim, conversa, depois passa pela doutora. Às vezes a gente faz junto na sala. Mas geralmente a médica atende na sala fechada. Mas sempre passa por mim na recepção. Quando é gestante eu tento ficar lá na frente. Quando é puerpera também, porque a consulta é no mesmo dia. Aí já vou triando algumas informações e já vou botando no prontuário (P10/Caso2);</i></p> <p><i>A equipe do posto funciona legal, eu acho que ajuda. A enfermeira e a técnica a gente está bem sintonizado, flui tudo melhor, a enfermeira é bem legal e atenciosa, faz o posto andar. Já tive experiências ruins em outros lugares, você não ter alguém para articular tanto assim (P11/Caso2);</i></p> <p><i>Nesse dia pude novamente perceber o bom relacionamento da equipe. Também é possível perceber o quão as pessoas são satisfeitas com o acolhimento pela equipe (Diário de campo Caso2);</i></p>
---	---

	<p><i>Mas dúvidas mesmo só aqui no posto. Eu perguntava tudo, tanto que eu me mudei daqui, e eu queria continuar aqui, mas agora não posso mais, por causa da rua. Mas eu queria continuar aqui, porque eu gosto das gurias aqui, confio nelas. E por mim eu ficava aqui até o resto da minha vida, mas não tem como, e tenho que consultar onde é mais perto da minha casa. Aqui eu confio neles, pergunto tudo aqui (M10/Caso3);</i></p> <p><i>Uma vez por semana a gente tem uma discussão com a enfermeira da unidade, uma reunião entre nós, não a da equipe toda. A gente passa os casos, onde entra gestantes, crianças. Às vezes tem alguma que não veio, aí a gente vai atrás e faz busca ativa. Na reunião de equipe trazem os casos médicos também, as residentes e a médica. Ai fecha a unidade e discute os casos (P3/Caso3).</i></p> <p><i>A gente sempre discute os casos, tem a pauta fixa que é casos e VDs. Os prioritários a equipe toda sabe (P6/Caso3);</i></p> <p><i>A gente é uma equipe bem alinhada, normalmente as coisas vem na reunião de equipe, as meninas sempre trazem os bebês que nasceram, por não ser uma população tão grande (P7/Caso3);</i></p> <p><i>O acesso aos profissionais é fácil (P3/Caso3).</i></p> <p><i>Elas são bem abertas as médicas e enfermeiras (P2/Caso3).</i></p> <p><i>A enfermagem faz um ótimo trabalho, a enfermagem orienta muito melhor do que médico. A gente acaba focando muito na clínica. Eu acho importante ser essa primeira consulta com a enfermagem por essa questão.(P6/Caso3);</i></p> <p><i>Qualificação profissional</i></p> <p><i>Eu me formei em 2008, trabalhando nisso e amo. Trabalhei em beira de estrada, de pegar ônibus, foi a época que eu mais adorei. Era coisa de abrir porteira até chegar nas casas. Eu sinto falta, lá. Uma coisa que eu vou te falar, lá eu conhecia todo mundo, o pai, a mãe, o irmão. Lá conhecia. Aqui nem sempre. A maioria das vezes eu não sei, é muita gente, roda muda, e o prontuário eletrônico é o nome só da pessoa. Lá não, era uma pasta grande com a família toda, então para eu chegar em uma pessoa, eu passava pelo pai, pela mãe e puxava a criança que eu estava atendendo. Eu sabia quem era a família, batia o olho e já sabia. Aqui não (P8/Caso1);</i></p> <p><i>Médica tem um olhar para a integralidade das necessidades de saúde das mulheres (Diário de campo Caso1)</i></p> <p><i>Os relatos de profissionais e das mulheres indicam maior foco na saúde da criança durante o pós-parto (Diário de Campo Caso2);</i></p> <p><i>Eu acho que a gente está caminhando, essa questão de marcar a consulta, a gente aborda o bebê e a mãe. A gente tenta focar não só no ciclo gravídico-puerperal. O puerpério é importante, mas se a gente conseguir ampliar esse olhar para outras questões a gente consegue ser mais integral. Mas a gente foca muito no pré-natal, e tem muito da formação. Meu olhar mudou mais por uma questão pessoal, eu tenho um olhar mais feminista sobre as coisas, isso também muda como eu vou fazer na minha prática. Mas se pegar em termos acadêmicos, o que eu ia saber é o que pode dar de ruim, então um sinal de alerta, pensando em clínico, e passa muito superficialmente a questão da depressão pós-parto, ciclo de vida mesmo eu aprendi na medicina de família (P6/Caso3);</i></p> <p><i>Equipe articulada para trabalhar com saúde da família e tem perspectiva de atendimento para atenção integral às mulheres (Diário de campo Caso3);</i></p> <p><i>Equipe preocupada com a educação permanente (Diário de campo Caso3);</i></p>
--	---

APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA / CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada "Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil" que está associada ao projeto de doutorado de Tatiane Baratterli, sob orientação da professora Dra. Sonia Natal, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Este estudo tem por objetivo "avaliar a implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde" (APS). Justifica-se a realização do mesmo pela escassez de estudos sobre o tema e pela assistência pós-parto, em geral, ser negligenciada nos serviços de saúde. Trata-se de um estudo que compõe a avaliação do seu município frente a assistência às mulheres no pós-parto na APS. Você foi selecionado(a) por sua atuação profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde do município, enquanto profissional da gestão ou da assistência.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista individual, em que serão realizadas perguntas a você sobre como é organizada e realizada a assistência pós-parto às mulheres no seu município, no âmbito da gestão e da assistência na atenção primária. Serão solicitados alguns documentos a você, para complementar as informações da entrevista, como relatórios, regulamentações municipais, protocolos, entre outros, conforme evidenciarmos a necessidade no decorrer da entrevista, e mediante a possibilidade de você fornecer tais documentos para análise. A entrevista terá duração média de uma hora, realizada em local reservado e gravada em áudio.

A sua participação na pesquisa poderá lhe trazer o incomodo de dispor de tempo além do previamente agendado, visto que se trata de uma ampla gama de temas a serem discutidos, além de algum constrangimento ao emitir a opinião sobre seu trabalho, sobre alguns temas que tenha menor facilidade para tratar ou sobre questões que envolvem outros profissionais e usuários do serviço de saúde. Para minimizar os riscos nos comprometemos a interromper a entrevista caso esteja muito longa, e encerrá-la ou retomar em outro momento mais conveniente para você. Além disso, a questão do constrangimento será atendida no sentido de deixar você totalmente confortável para não falar de temas que não se sinta seguro(a), além da garantia do sigilo quanto a sua identidade, e ainda, todos os resultados sistematizados serão mantidos em anonimato e sigilo durante todas as etapas da pesquisa, assim como o nome do município não será divulgado. Quanto aos benefícios, não há benefícios diretos a você, mas sim para seu município que terá, ao final do estudo, os resultados de um processo avaliativo que poderá ser utilizado para melhorar o processo de assistência pós-parto às mulheres atendidas pelo sistema de saúde municipal. Além disso, o reconhecimento do processo de implantação da assistência às mulheres no pós-parto, seus limites e possibilidades, permitirá identificar formas para melhorar a execução da assistência pós-parto em diferentes realidades, especialmente por esse ser um tema em geral negligenciado nas ações de saúde das mulheres.

Sua participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará qualquer prejuízo. É compromisso do pesquisador responsável por esta pesquisa a garantia de ressarcimento e cobertura de qualquer despesa tidas por você, indenização em caso de eventuais danos causados pela mesma, além de qualquer assistência que seja necessária, mesmo para as condições não previstas nesse termo de consentimento. Todas as suas dúvidas serão esclarecidas antes, durante e após a pesquisa.

As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados da pesquisa e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros acadêmicos ou revistas científicas de forma consolidada, sem qualquer identificação dos participantes e do município.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, impresso em duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Eu, Sonia Natal, declaro o cumprimento das exigências contidas nos itens IV.3, bem como todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, doutoranda e Comitê de Ética, onde você poderá sanar dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, a qualquer momento.

Contatos: Pesquisadora responsável: Sonia Natal - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H, Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis, telefone (048) 3721-9388 ou (48) 988636090, e-mail: sonianatal2010@gmail.com; **Doutoranda:** Tatiane Baratterli. Endereço: Rua Endereço: Acelon Pacheco da Costa, n 295, Apto 108, Bloco B, Residencial Vinas del Mar, Bairro Itacorubi, CEP: 88034-040, Telefone: (42)998105804; Email: baratterli.tatiane@gmail.com. **Comitê de Ética UFSC** (órgão colegiado voltado a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa quanto a sua integridade e dignidade e a contribuir com a realização da pesquisa dentro de padrões éticos): Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Telefone: (48) 3721-6094; email: cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu, _____, RG _____, li este documento e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa "Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil".

_____, _____ de _____ de 201__.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Assinatura da doutoranda: _____
RG: 84486590

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Puerperas)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA / CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada "Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil" que está associada ao projeto de doutorado de Tatiane Baratieri, sob orientação da professora Dra. Sonia Natal, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Esse estudo está sendo realizado pois existem poucas pesquisas sobre esse assunto e também pois, em geral, é dada pouca atenção para as mulheres após o parto. Trata-se de um estudo que fará a avaliação do seu município sobre a assistência às mulheres no pós-parto na atenção primária à saúde, ou seja, sobre o cuidado prestado pelos profissionais de saúde da unidade básica de saúde (posto de saúde). Você foi selecionada por ter passado por consulta pós-parto (consulta de "revisão" do parto) com os profissionais da unidade básica de saúde (posto de saúde).

Sua participação nesta pesquisa será por meio de uma entrevista individual, em que serão realizadas perguntas a você sobre como você foi atendida e sobre o cuidado que recebeu dos profissionais de saúde da unidade básica de saúde (posto de saúde) depois do seu parto. A entrevista terá duração de uma hora, será realizada em local de sua preferência (em sua casa ou na unidade básica de saúde), em uma sala reservada, para que outras pessoas não escutem o que você falar, e será gravada em áudio. Além disso, para a pesquisa, precisamos olhar o seu prontuário (sua ficha), ou seja, o seu registro de atendimento na unidade básica de saúde (posto de saúde), para verificar as anotações realizadas pelos profissionais de saúde sobre sua saúde e sobre os cuidados que prestaram a você durante o pós-parto.

A sua participação na pesquisa poderá lhe trazer o incômodo de dispor de tempo além do que foi agendado, pois se trata de vários assuntos a serem discutidos, além de algum constrangimento ou vergonha ao falar sobre alguns assuntos que você não está acostumada a conversar, ou constrangimento ou vergonha e medo/receio de falar sobre os profissionais de saúde que lhe atenderam, ou medo/receio de exposição dos registros do prontuário (ficha de atendimento). Pode também causar alterações emocionais decorrentes de lembranças do processo de pré-natal, parto e pós-parto. Para diminuir esses riscos nos comprometemos a interromper a entrevista caso esteja muito longa, ou se você estiver cansada, e encerrá-la ou retomar em outro momento que seja melhor para você. Sobre o constrangimento ou vergonha, você pode ficar a vontade para não falar de temas que não se sintam bem ou confortável, além disso, tudo o que você falar será mantido em sigilo, ou seja, ninguém saberá que foi você que falou, e nenhum profissional de saúde saberá o que você falou. Da mesma forma, o que for verificado no seu prontuário (ficha), também será mantido anonimato, ou seja, ninguém, além das pesquisadoras, saberá que se trata das suas informações pessoais. Em caso de necessidade, frente às questões emocionais as pesquisadoras se comprometem a providenciar e encaminhar para atendimento psicológico. A sua participação nessa pesquisa não terá nenhum prejuízo ou benefício em relação ao seu atendimento na unidade básica de saúde (posto de saúde). Quanto aos benefícios, não há benefícios diretos a você nesse momento, mas sim para seu município que terá, ao final do estudo, os resultados de um processo avaliativo que poderá ser utilizado para melhorar o cuidado às mulheres após o parto que são atendidas nas unidades básicas de saúde (postos de saúde), ou seja, terá benefícios para outras mulheres no futuro. Além disso, o reconhecimento do processo de implantação da assistência às mulheres no pós-parto, seus limites e possibilidades, permitirá identificar formas para melhorar a execução da assistência pós-parto em diferentes realidades, especialmente por esse ser um tema em geral pouco abordado nas ações de saúde das mulheres.

Sua participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar a sua autorização/consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de autorização/consentimento não lhe acarretará qualquer prejuízo. É compromisso da pesquisadora responsável por esta pesquisa a garantia de ressarcimento/reembolso e cobertura de qualquer despesa tida por você, indenização em caso de eventuais problemas causados pela mesma, além de qualquer assistência que seja necessária, mesmo para as condições não previstas nesse termo de consentimento. Todas as suas dúvidas serão esclarecidas antes, durante e após a pesquisa.

As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados da pesquisa e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros acadêmicos ou revistas científicas de forma consolidada, sem qualquer identificação dos participantes e do município.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, tanto da entrevista, como permitindo que olhemos seu prontuário (ficha) na unidade básica de saúde (posto de saúde), assine ao final deste documento, impresso em duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Eu, Sonia Natal, declaro o cumprimento das exigências contidas nos itens IV.3, bem como todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, da doutoranda e do Comitê de Ética, onde você poderá sanar dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, a qualquer momento.

Contatos: Pesquisadora responsável: Sonia Natal - Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Centro de Ciências da Saúde - CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Deifino Conti, s/nº, Bloco H, Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis, telefone (048) 3721-9388 ou (48) 988636090, e-mail: sonianatalp10@gmail.com; **Doutoranda:** Tatiane Baratieri. Endereço: Rua Endereço: Acelon Pacheco da Costa, n. 295. Apto 108, Bloco B, Residencial Vinas del Mar, Bairro Itacorubi. CEP: 88034-040. Telefone: (42)998105804; Email: tbaratieri.tatiane@gmail.com; **Comitê de Ética UFSC** (órgão colegiado voltado a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa quanto a sua integridade e dignidade e a contribuir com a realização da pesquisa dentro de padrões éticos): Pró-Reitoria II. R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Telefone: (48) 3721-6094; email: cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa "Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil".

_____ de _____ de 201__.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Assinatura da doutoranda: _____
RG: 84486590

ANEXO A – Revisão Integrativa

DOI: 10.1590/1413-812320182411.28112017

4227

REVISÃO REVIEW

Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa

Postpartum program actions in primary health care: an integrative review

Tatiane Baratieri (<https://orcid.org/0000-0002-0270-6395>)¹Sonia Natal (<https://orcid.org/0000-0001-6155-4785>)¹

Abstract Puerperium is a period of significant morbimortality for women, and Primary Health Care (PHC) is important in developing actions to meet women's health needs. This study aimed to systematize the knowledge produced on postpartum care programs actions within PHC at both national and international levels. This is an integrative review of the literature in databases LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), BDENF (Nursing Database), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and PubMed (US National Library of Medicine). Search was performed in the period April-May 2017. Forty-three papers met the selection criteria. Results indicate that PHC has the physical structure to provide puerperae with care, but has a shortage of human and material resources; there is low postpartum consultation coverage and home visits; there is a good evaluation of the incentive for breastfeeding, but focused on the child; international screening of Postpartum Depression through the Edinburgh Postnatal Depression Scale and care shortage for this condition in Brazil. Postpartum care still focuses on care for the newborn and is mostly restricted to the immediate and late puerperium.

Key words Primary health care, Postpartum, Women's health

Resumo O puerpério trata-se de um período de significativa morbimortalidade para as mulheres, e a Atenção Primária à saúde (APS) é importante no desenvolvimento de ações para atender as necessidades de saúde das mulheres. Objetivou-se sistematizar o conhecimento produzido sobre as ações de programas de atenção pós-parto no âmbito da APS, tanto em nível nacional, como internacional. Utilizou-se revisão integrativa de literatura de artigos junto às bases Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de dados em Enfermagem), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos). A busca ocorreu de abril a maio de 2017. Atenderam aos critérios de seleção 43 artigos. Os resultados apontam que: a APS possui estrutura física para atenção à puérpera, porém com déficit em recursos humanos e materiais; há baixa cobertura de consulta pós-parto e visita domiciliar; boa avaliação do incentivo ao aleitamento materno, porém com foco na criança; rastreamento da Depressão Pós-Parto internacionalmente por meio da "Edinburgh Post-Natal Depression Scale", e déficit na atenção a esse agravo no Brasil. A atenção pós-parto ainda tem como foco o cuidado ao recém-nascido e são restritos, em sua maioria, ao puerpério imediato e tardio.

Palavras-chave Atenção primária à saúde, Período pós-parto, Saúde da mulher

¹ Universidade Federal de Santa Catarina. R. Eng. Agrônomo André Cristian Ferreira s/n, Trindade. 88040-900 Florianópolis SC Brasil. baratieri.tattiane@gmail.com

INTRODUÇÃO

Embora a expectativa de vida seja maior para as mulheres do que para os

homens na maioria dos países, uma série de fatores sociais e de saúde se combinam acarretando menor qualidade de vida para as mulheres¹. A desigualdade de gênero

conduz a muitos riscos para a saúde das mulheres incluindo violência física e sexual, infecções sexualmente transmissíveis, malária, doença pulmonar obstrutiva crônica e morbimortalidade materna¹.

As taxas de mortalidade durante a gravidez e o parto permanecem elevadas nos países em desenvolvimento, apesar do seu decréscimo mundial nas últimas décadas, de modo que 99% dos óbitos maternos ocorrem nesses países¹. Óbitos evitáveis continuam ocorrendo em proporções alarmantes, sobretudo decorrente de doenças hipertensivas, hemorragias, sepse/infecções e complicações relacionadas ao aborto¹⁻².

A saúde materna é considerada sensível à Atenção Primária à Saúde (APS)²⁻³, portanto, aumentar a qualidade desse ponto de atenção é fundamental para reduzir as taxas de mortalidade dessa população. Óbitos e morbidades que ocorrem durante a gravidez, parto e puerpério são passíveis de serem evitadas com a implementação de ações integradas e de acesso universal, por meio de tecnologias leves e cuidados primários²⁻³.

Ressalta-se que a maioria dos óbitos maternos se concentra no puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto), além de ser considerado uma fase de morbidade significativa⁴⁻⁵ que se estende para o puerpério tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após 45º dia)⁶, com estudos que apontam para agravos persistindo por mais de 4 anos pós-parto⁷⁻⁸. A APS é a principal responsável pela atenção à mulher no pós-parto, por meio da integração do conhecimento técnico e a capacidade de acolher, apoiar e detectar mudanças físicas e emocionais precocemente, realizar prevenção, tratamento e acompanhamento da mulher, com encaminhamento para outros serviços quando necessário⁹⁻¹⁰.

Considerando a significativa morbimortalidade das mulheres no período puerperal, e o fato da APS ser a ordenadora do cuidado e responsável pela resolução da maioria dos problemas de saúde, destaca-se

a importância do desenvolvimento de ações efetivas e eficazes a fim de atender as necessidades de saúde das mulheres no puerpério.

Para tanto, as políticas de saúde em âmbito nacional e internacional envidam esforços e estabelecem diretrizes, ações e estratégias para atenção puerperal, em especial em cuidados primários, na compreensão de que recursos adequados são requisitos fundamentais para atenção integral^{1,6}. Apesar dessas iniciativas, há evidências de que o cuidado pós-parto na APS necessita adequações, com melhora da estrutura física e material, gestão e assistência nos serviços de saúde, qualificação profissional, cuidado centrado na mulher, superação da atenção tecnicista, contribuindo assim para a melhoria da saúde da mulher^{7,10-12}.

Conhecer as atividades desenvolvidas e resultados alcançados pelos programas de atenção puerperal é importante para o planejamento e melhoria do cuidado na APS voltado para a saúde da mulher no pós-parto. Com base no exposto, questiona-se: Quais são as características e resultados dos estudos que tratam da atenção pós-parto no âmbito da APS? Assim, o estudo objetivou sistematizar o conhecimento produzido sobre a atenção pós-parto no âmbito da APS, tanto em nível nacional, como internacional.

METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura, que se caracteriza por um método que permite a busca, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis acerca do tema investigado, em seu produto final se constitui do estado atual do conhecimento, implementação de intervenções e identificação de lacunas que norteiam o desenvolvimento de outros estudos¹³.

As etapas operacionais da revisão integrativa são: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e

exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento¹³.

Na primeira etapa foi formulada a seguinte questão norteadora: Quais são as características - tipo de estudo, critérios, parâmetros, indicadores – e resultados dos estudos que tratam da atenção pós-parto no âmbito da Atenção Primária à Saúde?

Na segunda etapa foi realizada a busca das referências por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que faz busca simultânea nas principais bases de dados de amplitude nacional e internacional, sendo selecionados pelo filtro as bases Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e BDENF (Base de dados em Enfermagem). Também foi realizada busca avançada na SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos).

Quanto aos critérios de inclusão para seleção dos artigos foram estabelecidos: ser artigo original, responder à questão norteadora; ser publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol; estar publicado em revista científica com Qualis B2 no mínimo para saúde coletiva; e quando não disponível a avaliação pelo Qualis, foi verificado o JCR (*Journals Impact Factors*), incluindo artigos com no mínimo 1,0. Foram excluídos estudos repetidos em uma ou mais base de dados.

A busca das referências ocorreu entre os meses de abril e maio de 2017 utilizando-se os seguintes descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), os quais foram todos agrupados utilizando-se as expressões booleanas *AND* e *OR*: período pós-parto *OR* *postpartum period* *OR* *período pós-parto* *OR* saúde materna *OR* *maternal health* *OR* *salud materna* *OR* saúde da mulher *OR*

women's health *OR* *salud de la mujer* *OR* saúde materno-infantil *OR* *maternal and child health* *OR* *salud materno infantil* *AND* Atenção Primária à Saúde *OR* *Primary Health Care* *OR* *Atención Primaria de Salud* *OR* Saúde da Família *OR* *Family Health* *OR* *Salud de la familia*. Na base de dados PubMed foram utilizados os *Mesh Terms*: *postpartum period* *OR* *maternal health* *OR* *women's health* *AND* *primary health care* *OR* *family health*.

Justifica-se a ampla gama de descritores utilizados já que o assunto pós-parto é tratado em conjunto com outros relacionados à saúde da mulher, e a restrição ao descritor “*postpartum period*” limitaria a possibilidade de encontrar estudos que abordam o tema. Dada a relevância de alguns estudos, selecionou-se referências que contemplavam os critérios de inclusão do estudo citadas pelos artigos selecionados.

A fim de avaliar a qualidade metodológica dos estudos encontrados, foram utilizados instrumentos específicos para cada tipo de estudo. Os estudos avaliativos foram analisados por meio da adaptação dos critérios da metaavaliação estabelecidos por Stufflebeam¹⁴, sendo excluídos estudos com classificação “fraco” e “razoável”, ou seja, com mais de 50% das questões de avaliação respondidas negativamente. Os demais estudos foram avaliados utilizando-se o *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP)¹⁵, que se constitui em *check lists* específicos para cada tipo de estudo, e não sugere um sistema de pontuação, sendo assim os autores optaram por utilizar a mesma classificação de Stufflebeam¹⁴, sendo excluídos estudos razoáveis e ruins. Esses estudos, exceto os avaliativos, ainda foram classificados quanto ao seu nível de evidência, de acordo com os critérios de Stetler et al¹⁶.

Para a realização da terceira etapa (definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados) foi utilizado o instrumento elaborado por Ursi¹⁷

que aborda, dentre outras informações, a identificação do estudo, características metodológicas, avaliação do rigor metodológico, intervenções e resultados encontrados.

Os resultados dos estudos selecionados foram sistematizados segundo semelhanças dos dados analisados em cada pesquisa. A síntese e interpretação dos dados foram fundamentadas nos resultados da avaliação crítica dos estudos selecionados. Foi realizada a comparação com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

A fim de minimizar vieses, a busca, avaliação e seleção dos estudos se deu por dois revisores, e ao final realizada discussão de consenso sobre os artigos a serem incluídos na revisão.

RESULTADOS

Após realizar os cruzamentos entre os *DeCS/Mesh Terms* foram encontrados 1974 referências, e ao término das estratégias de seleção do material selecionou-se 43 para análise e discussão, conforme apresentado na Figura 1.

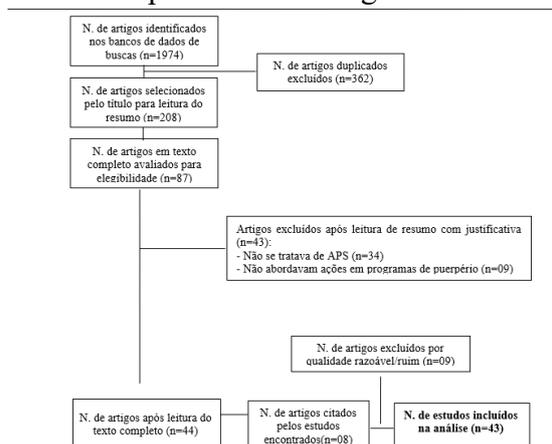


Figura 1: Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos conforme PRISMA/2015.

Quanto ao ano de publicação dos artigos variou de 1995 a 2016, com a maioria, 69,8%(30), dos últimos cinco anos, sendo 20,9%(9) publicados em 2013. Sobre o local do estudo, 60,5%(26) foram realizados no continente Americano, a

maioria 51,2%(22) no Brasil. Outros estudos se deram nos continentes europeu, 6(14%), Oceania, 6(13,9%), Ásia, 2(4,7%), África 2(4,7%), e um em três países, Bangladesch (Ásia), Nepal (Ásia) e Malawi (África). O idioma predominante foi o inglês, 51,2%(22), seguido do português, 44,2%(19), e 4,7%(2) espanhol.

A maioria dos estudos, 76,7%(33) seguiu a abordagem quantitativa, e quanto ao tipo de estudo 37,2%(16) são avaliativos, 20,9%(9) qualitativos, 13,9%(6) transversais, 11,6%(5) ensaio clínico, 7%(3) coorte e o mesmo número quase experimental, e um descritivo. Sobre a avaliação da qualidade metodológica: dos 16 artigos avaliativos, 12,5%(2) foram avaliados como excelente, 56,25%(9) muito bom e 31,25%(5) bom, com emissão julgamento de valor em dois¹⁸⁻¹⁹. Os demais foram classificados quanto ao nível de evidência, predominando o nível IV, 59,3%(16), seguido do nível III, 22,2%(6) e nível II, 18,5%(5); e quanto ao CASP, a maioria foi classificado como muito bom, 51,8%(14), 25,9%(7) excelente 22,2%(6) bom.

A seguir são apresentados os principais resultados dos artigos analisados, tendo sido agrupados por semelhanças para melhor compreensão dos mesmos:

Avaliação da estrutura das unidades de saúde para atenção puerperal

Dos artigos avaliativos, três^{11,20-21} abordaram a avaliação da estrutura para atenção puerperal, todos realizados no Brasil. A atenção puerperal é prestada principalmente por médicos e enfermeiros^{11,20}, com problemas principalmente na fixação e qualificação do médico na APS¹¹. No estudo de Santos/SP foi avaliada a inserção do nutricionista, que se dá de forma insuficiente, estando presente em torno de 65% das unidades por apenas um ou dois períodos da semana²¹.

Quanto à avaliação da estrutura física e material os estudos encontraram que a maior parte das unidades de saúde dispunha de infraestrutura mínima para

atenção às puérperas, como sala individual e disponibilidade de materiais, vacinas e medicamentos necessários para atenção à mulher no puerpério. Entretanto, uma das limitações para assistência é a disponibilização e manutenção da funcionalidade dos materiais^{11,20-21}. Os estudos também apontaram pouca realização de ações de educação em saúde e espaço físico inadequado ou inexistente para esse fim^{11,20-21}.

Realização da consulta pós-parto: procura/oferta e motivos da não adesão

Estudos que avaliaram a atenção ao pré-natal, conforme preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no Brasil, mostraram, desde a sua implantação até a atualidade, que a recomendação de ter seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames básicos, o teste HIV, a 2ª dose ou a de reforço ou a imunizante da vacina antitetânica, e consulta de puerpério é pouco cumprida^{20,22-23}.

Quanto aos estudos brasileiros que avaliaram o indicador realização da consulta de puerpério até 42º dias pós-parto identificou-se baixa realização, variando de 16,8% a 58%²⁴⁻²⁶. Foi identificada falta ou pouca flexibilidade agendamento prévio da consulta puerperal^{11,18} e na realização da Primeira Semana de Saúde Integral^{18,21}. Os estudos apontam que em mais da metade dos casos é realizada a busca ativa de faltosas, porém não se constitui em prática sistemática para todas as puérperas^{11,20-21,25}.

Estudo realizado em 9 regiões mais pobres do Peru evidenciou que 58% das mulheres referiram ter tido controle pós-parto dentro de 42 dias²⁷. Já, pesquisa realizada no Reino Unido, em 1995, apontou que 91% das mulheres compareceram para a consulta de puerpério seis semanas pós-parto²⁸.

A literatura, internacional e nacional, mostra como motivos para não adesão à consulta puerperal a falta de informação por parte dos profissionais das

ações pós-parto⁴⁻⁵; falta de medicamentos e equipamentos; falta de qualificação profissional; barreiras culturais⁴; e percepção de que o cuidado pós-parto é para a criança^{4-5,7}, e além disso, as ações educativas à puérpera ainda são realizadas de forma tradicional, o que também desestimula a participação das mesmas²⁹.

Na Austrália evidenciou-se que os problemas relacionados a ocorrência da atenção pós-parto de forma organizada e com maior qualidade se dá pela falta de diretrizes consistentes e coesas para cuidados comunitários das novas mães e seus bebês⁵. Dois estudos australianos^{5,7} e um do Reino Unido²⁸ identificaram que as puérperas valorizam e estão abertas aos cuidados primários^{5,7,28} desde que a consulta seja um momento para serem compreendidas, apoiadas e tranquilizadas, e são mais propensas a falar sobre suas necessidade quando questionadas sobre elas^{5,7}.

Abordagem da mulher na consulta puerperal

Quanto às ações desenvolvidas por profissionais durante a consulta de puerpério, pesquisa do Reino Unido indica que em 93% das mulheres tiveram exame abdominal e 70% vaginal, entretanto muitas mulheres têm exames sem razão óbvia (como exame vaginal sem necessidade), enquanto outros testes que podem ser úteis para certas condições (como hemograma para mulheres com fadiga) são usados com pouca frequência²⁸.

Estudos brasileiros apontam que as atividades mais comuns desenvolvidas no puerpério pelos profissionais de saúde, além do incentivo ao aleitamento materno, são orientações sobre os métodos de anticoncepção^{18,25}, alimentação e nutrição^{18,21}, e uso de sulfato ferroso¹⁸. Ações menos frequentes são realização de coleta de exame citopatológico de colo de útero²⁴, exame clínico de mamas^{18,24}, investigação sobre estado emocional da mulher, orientação quanto ao retorno às

relações sexuais, avaliação de lóquios e exame da região genital¹⁸. Estudo nacional que avaliou a atenção puerperal junto a adolescentes classificou essa como adequada para 43,2% das usuárias, sendo que as demais receberam assistência intermediária ou inadequada, considerando nessa avaliação a realização de consulta de revisão puerperal, visita domiciliar na primeira semana após o parto, avaliação clínico-ginecológica, orientação sobre planejamento familiar e orientação sobre aleitamento materno²⁵. No Peru evidenciou-se que somente 38,5% das mulheres usam sulfato ferroso e 12,6% vitamina A 30 dias após o parto, e 31% haviam escolhido um método contraceptivo²⁷.

Durante os primeiros 3 meses pós-parto, estudos australianos indicaram que 89% das mulheres tem problemas de saúde sexual, e embora a maioria das mulheres tenha contato com profissionais de APS durante esse período, apenas 24% lembrou-se de ter sido questionado sobre o tema por médicos de clínica geral e 14% por enfermeiras³⁰⁻³¹. As mulheres expressaram insatisfação com a qualidade dos cuidados de saúde primários pós-natais relatando uma forte mudança no foco da saúde da mãe para a saúde do bebê após o nascimento³⁰.

A visita domiciliar como ferramenta para atenção pós-parto

Dos 42 estudos selecionados para a revisão, nove abordaram o tema visita domiciliar (VD) no pós-parto, sendo quatro nacionais^{18,21,25,32} e cinco internacionais³³⁻³⁷. Quatro estudos indicam baixa realização da VD^{18,21,25,33} e no Brasil a mesma ocorre com maior frequência quando se trata de unidade de saúde da família, realizadas principalmente por Agentes Comunitários de Saúde (ACS)^{18,25}. A VD é mais provável de ocorrer quando há acompanhamento da mulher durante o pré-natal pela equipe^{18,33}.

Quanto ao impacto positivo de programas de VD durante o ciclo gravídico-puerperal, estudos internacionais apontaram para redução do tabagismo entre puerperas³⁴, melhora nos cuidados e no

desenvolvimento da criança³⁶⁻³⁷, maior apoio social e psicológico às mulheres e famílias³⁷, e, para três estudos internacionais³⁴⁻³⁶ e dois nacionais²¹⁻³² foi identificado aumento do aleitamento materno exclusivo até seis meses. Para a realização de VD pós-parto faz-se necessária a composição de equipe multiprofissional, o que impacta na melhoria da qualidade da atenção e estreita vínculos entre equipe e mulheres/família^{21,37-38}.

Aleitamento materno

Dos estudos revisados, o aleitamento materno se apresentou como a principal ação abordada pelos profissionais no Brasil, sendo um tema pouco investigado internacionalmente ao tratar de ações à mulher no puerpério em APS. Sete pesquisas brasileiras fizeram avaliação de impacto da prevalência desse, antes e após iniciativas de incentivo ao aleitamento materno (como “unidade básica amiga da amamentação” ou “rede amamenta Brasil”), identificando que tais ações contribuem para o aumento da taxa de aleitamento materno, tanto exclusivo até seis meses, como posterior a esse período^{19,32,39-41}. Dois estudos não encontraram significância estatística em seus resultados, apesar de também terem evidenciado superioridade no percentual de aleitamento materno após a implantação da iniciativa⁴²⁻⁴³.

Pesquisa realizada em Francisco Morato/SP que avaliou os conhecimentos de profissionais de saúde sobre aleitamento materno, evidenciou que esses reconhecem a importância do aleitamento materno para o binômio mãe/filho, porém citam com mais facilidade os benefícios para a criança. Além disso, apesar de fazerem diversas orientações às mulheres, possuem conhecimento limitado sobre o tema⁴⁴.

Depressão pós-parto (DPP): manejo não especializado na APS

A literatura internacional evidencia que programas de rastreamento da DPP no âmbito da APS podem melhorar

o resultado de saúde mental das mulheres no período pós-parto⁴⁵⁻⁴⁹, mesmo em regiões de baixa renda e com tecnologias de baixo custo, conforme apontado por estudos chileno⁴⁷ e australiano⁵⁰. A *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS), validada em diversos países, é reconhecida como a principal ferramenta para rastreamento da DPP por profissionais não especializados no âmbito da APS^{45-49,51}.

Ressalta-se que enfermeiros de saúde pública estão bem posicionados para identificar e tratar mulheres deprimidas e encaminhá-las quando necessário. Um pequeno investimento na formação de enfermeiros para identificar e tratar a DPP pode ter impactos positivos a longo prazo^{45,48}.

A investigação por um profissional de saúde sobre a saúde mental, passada ou atual das mulheres, está associada à busca de ajuda ao longo do período perinatal, conforme estudo australiano⁵⁰. Na Dinamarca foi encontrado que puérperas que desenvolveram um episódio psiquiátrico apresentaram maiores taxas de consulta por profissionais de saúde antes, durante e após a gravidez⁵².

Barreiras para tratamento da DPP, foram evidenciadas por estudo no Chile, como: falta de conhecimento das usuárias sobre a doença, conceituação negativa e rejeição das opções de tratamento disponíveis; suporte de rede deficiente e longos tempos de espera e falta de coordenação entre decisões clínicas e administrativas⁵³.

Entre os estudos que abordaram o tema DPP, três são nacionais, e identificaram conhecimento insuficiente dos profissionais da APS para prevenir e tratar DPP, falta do uso de instrumento sistemático para rastreamento de DPP, e que o foco da atuação durante a gestação e pós-parto ainda é biológico⁵⁴⁻⁵⁶.

DISCUSSÃO

A busca bibliográfica realizada no presente estudo iniciou com grande quantidade de referências (1974), e 43 foram selecionadas para análise conforme critérios de inclusão e exclusão. A maior parte das referências que compuseram a amostra inicial da busca tratava de saúde da criança ou saúde da mulher em outros momentos da vida, não referindo-se ao puerpério.

Pode-se considerar que a literatura que aborda a atenção à mulher no puerpério no âmbito da APS é escassa, pois a maior parte dos estudos selecionados não fez uma abordagem integral da atenção puerperal, de modo que as evidências limitaram-se a temas pontuais de ações específicas, e estudos avaliativos restringiram-se apenas a avaliações de processo. Dos estudos que fizeram avaliação do processo do puerpério, apenas o de Silva et al.¹⁸ fez uma investigação mais ampla sobre as ações desenvolvidas no puerpério, enquanto os demais, em sua maioria, principalmente os brasileiros, restringiram-se a investigar número de consulta pós-parto e impacto de programas de incentivo ao aleitamento materno.

Houve aumento da produção científica nacional e internacional nos últimos 5 anos, indicando que a preocupação com a saúde da mulher no puerpério vem crescendo, possivelmente pela propulsão de estratégias que visam redução da morbimortalidade materna e infantil, propostas por exemplo pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e adotadas por diversos países. Apesar do decréscimo mundial, nas últimas décadas, a mortalidade materna e infantil ainda continua sendo um problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento, assim como países desenvolvidos verificam necessidade de qualificação da atenção à mulher no pós-parto para redução da morbidade materna, o que também pode ter fomentado o aumento de estudos nos últimos anos.

A atenção puerperal prestada na APS, de acordo com os estudos analisados, predomina em indicadores de consulta pós-parto e aleitamento materno, em artigos nacionais, e programas de visita domiciliar e DPP sendo realizados principalmente em nível internacional. Outros aspectos da atenção como avaliação de estrutura física e materiais, profissionais de saúde, e demais atividades desenvolvidas no puerpério (orientações em geral, avaliação física, avaliação de vulnerabilidades sociais) são pouco investigadas.

No Brasil, as investigações se limitam ao puerpério imediato e tardio, abordando puerpério remoto apenas quando se trata de aleitamento materno, e este com foco na criança. Estudos internacionais trataram sobre puerpério remoto em no máximo dois anos e meio pós-parto^{34,36}, com predominância de investigação quanto a DPP^{46-48,50-52}. Enquanto muitas mulheres transitam pelo puerpério sem intercorrências, outras experienciam problemas significativos que podem persistir por semanas, meses ou mesmo por mais de 4 anos após o parto⁷⁻⁸, indicando necessidade de cuidado dessas mulheres ao longo do tempo.

Considerando que a saúde materna é sensível à APS²⁻³ e que esse ponto de atenção deveria prestar o cuidado à mulher de forma longitudinal, há necessidade de qualificar tais ações a fim de acompanhar a mulher em todas as fases do puerpério, inclusive no remoto, negligenciado não somente por políticas públicas e diretrizes clínicas^{3,6,57}, mas também em estudos científicos. Ressalta-se que a maior parte da atenção no âmbito da APS são de baixo custo, e tem resultados significativos na redução da morbimortalidade materna com ações integradas e de acesso universal²⁻³.

Os resultados mostraram que em países em desenvolvimento (Brasil e Peru) a consulta puerperal ainda não ocorre em frequência satisfatória, e são países como esses que as taxas de mortalidade materna permanecem elevadas. Há necessidade de mudanças nas políticas de acesso à APS

para as mulheres, seu companheiro e/ou familiares, durante esse período, o que poderia impactar na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil. A maioria dos estudos abordam o tema consulta puerperal apenas quanto a frequência de realização desta, pouco investigando qualidade das mesmas.

O maior risco de mortalidade está durante o período pós-parto imediato e tardio, com maior taxa de morbimortalidade na primeira semana pós-parto, o que torna esse um momento crítico para a mulher e seu filho. A consulta pós-parto é uma intervenção primordial para redução da morbimortalidade materna, por meio da prevenção, detecção precoce e tratamento de complicações, e prestação de aconselhamento sobre contracepção⁴⁻⁵. Entretanto, essa ação não parece proporcionar uma oportunidade para mulheres terem suas necessidades de saúde atendidas, seja pela má qualidade da assistência²⁸, ou, pela baixa frequência de realização dessas consultas²³.

Além da baixa frequência de realização da consulta puerperal, os resultados dos estudos sobre o tema “abordagem da mulher na consulta de puerpério” indicam incipiência e precariedade na assistência prestada na APS, com atenção fragmentada, biologicista, atenção prioritária à criança, foco no papel de “mãe”, não na mulher e suas necessidades, tanto em estudos nacionais como internacionais.

Diretrizes clínicas internacionais^{3,9,57-58} orientam a prestação da atenção à mulher no puerpério prioritariamente por profissionais da APS, por meio do cuidado integral e coordenado, valorizando as necessidades de saúde da mulher, com estímulo a autonomia e cuidado de si e da criança. Tais diretrizes são baseadas em alto grau de evidências científicas, e primam pela qualidade da prestação da assistência, aspecto esse que precisa ser melhor investigado nos estudos que tratam da consulta puerperal e melhor implementado na prática assistencial à

mulher no puerpério no contexto da APS nos diferentes cenários do Brasil e internacionalmente.

A VD é um importante momento para a equipe de APS detectar mudanças físicas e emocionais precocemente⁹, desenvolver ações educativas, identificar riscos e vulnerabilidades da família, estabelecer vínculo profissional-usuário e potencializar a proteção à saúde da mulher e da criança no pós-parto¹⁸.

Sobre a referida estratégia de assistência à saúde, estudos internacionais fizeram análise de programas de VD e seus impactos, demonstrando a importância dessa para a atenção ao puerpério. Já estudos brasileiros limitam-se a investigar frequência de visitas e de forma incipiente as ações realizadas em VD, especialmente durante a primeira semana pós-parto, e o principal profissional a desempenhar essa função é o ACS, o qual também atua com foco na criança e atenção biologicista.

Sobre o aleitamento materno, apesar de ser um indicador de saúde da mulher no pós-parto, os estudos ainda abordam o tema com maior ênfase na criança. Esse tema, junto com o indicador número de consulta pós-parto, foram os que mais tiveram ênfase em estudos realizados no Brasil, com análise predominantemente quantitativa, indicando lacuna de investigações da qualidade do cuidado prestado na APS.

Inúmeros são os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher¹⁹, e as principais dificuldades para a manutenção deste surgem nos primeiros meses pós-parto, sendo que a APS se constitui em um ambiente incentivador dessa prática⁴¹, considerando sua proximidade à mulher e seu papel prioritário na prestação da atenção puerperal⁹.

Em relação ao tema atenção à DPP identificado nos artigos analisados, foi amplamente investigado especialmente em estudos internacionais. A EPDS apareceu como importante ferramenta para rastreamento de DPP por profissionais de

APS em países em desenvolvimento, a fim de assegurar a detecção precoce e a intervenção terapêutica adequada nos casos de DPP⁵¹. Já estudos nacionais apontam para a atenção “empírica” a DPP, com profissionais despreparados para rastreamento, prevenção e tratamento do referido agravo⁵⁴⁻⁵⁶.

A DPP é um fenômeno internacional, considerada a complicação mais comum no pós-parto. Vista como um problema de saúde pública, cuja prevalência varia de 10 a 15% em países desenvolvidos, atingindo até 40% em países em desenvolvimento^{45,53,56}, tal agravo afeta a qualidade de vida da mulher, e o vínculo com o recém-nascido assim como seu desenvolvimento^{53-54,56}.

Os profissionais de saúde da APS estão bem posicionados para fornecer apoio psicossocial a todas as mulheres no período perinatal e realizar abordagens preventivas entre as mulheres que podem estar com maior probabilidade de desenvolver DPP ou distúrbios relacionados, com particular importância no puerpério imediato^{9,58}. Esses profissionais devem ter papel ativo no rastreamento e seleção do tratamento de DPP, considerando fatores contextuais, como cultura, condição socioeconômica entre outros^{9,58}.

As limitações encontradas para a realização da presente revisão se referiram a ampla gama de descritores utilizados, resultando em um número grande de artigos para ser realizada a leitura de título e resumo. Entretanto, essa estratégia foi necessária, devido a escassez de estudos que usam como descritor o período pós-parto, sendo superada tal limitação com a leitura minuciosa os títulos e resumos, garantindo seleção dos estudos que abordassem a questão norteadora. Ainda, observou-se uma variedade de métodos de pesquisa utilizados para tratar das ações de programas de puerpério, o que impede a análise comparativa mais acurada dos resultados alcançados. Como qualquer tipo de estudo a revisão integrativa apresenta

vantagens e limitações do próprio método, devendo haver cuidado no que tange às conclusões relacionadas aos achados. Entretanto, os autores destacam a potencialidade do método empregado, visto que o mesmo tem validade entre *experts* na área de revisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam que existe um leque de ações a serem desempenhadas pela APS para assistir à mulher no puerpério, as quais são passíveis de realização com o uso de tecnologias leves e de baixo custo, e que esse ponto de atenção é primordial para auxiliar na redução da morbimortalidade materna, por meio do aconselhamento e apoio para a recuperação da gravidez e nascimento, identificação precoce e gestão adequada das necessidades de saúde física e emocional.

Apesar da reconhecida importância da atenção puerperal, estudos brasileiros, em sua maioria limitam-se a investigar número de consulta pós-parto, número de visitas domiciliares e impacto de programas de incentivo ao aleitamento materno, negligenciando a integralidade da atenção pós-parto às mulheres na APS.

Estudos nacionais e internacionais indicam que a atenção pós-parto ainda tem como foco o cuidado ao recém-nascido e são restritos, em sua maioria, ao puerpério imediato e tardio, havendo necessidade de melhorias na implementação dos cuidados primários à saúde da mulher, especialmente no que tange à coordenação e longitudinalidade do cuidado, o que evidencia necessidade de melhoria na qualidade da atenção à mulher no puerpério na APS.

Ressalta-se que a DPP foi alvo de inúmeros estudos na literatura internacional, dada a sua alta prevalência e problema de saúde pública, e evidenciou alto potencial dos profissionais da APS para atuar na prevenção, rastreamento e tratamento do referido agravo. Já no Brasil, esse se constitui em tema pouco estudado e

digno de atenção de políticas públicas no pós-parto, com resultados que apontam para falta de qualificação dos profissionais da APS para atenção à DPP.

A partir da presente revisão foram encontradas lacunas de conhecimento no que tange a temática abordada, com necessidade de estudos mais robustos, que tratem da atenção integral à mulher, assim como aspectos da qualidade do cuidado prestado na APS. Além disso, verifica-se a necessidade de pesquisas avaliativas, as quais permitem, com abordagem qualitativa e quantitativa, compreender a implantação da atenção puerperal na APS e a relação dos resultados encontrados com o programa de atenção puerperal.

É importante destacar que a investigação do puerpério pode identificar uma amplitude de atividades a serem desenvolvidas e consideradas na APS, tanto no que se refere à estrutura física, material, humana, assim como qualificação profissional, planejamento e gestão do programa, além de fatores externos como aspectos culturais da mulher atendida. Assim, o presente estudo serve de subsídio tanto para nortear a elaboração e melhoria das ações à mulher no puerpério na APS por parte de profissionais e gestores, como para direcionar a elaboração de estudos empíricos que possam investigar a integralidade da atenção puerperal.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Women and health [Internet] 2017 [cited 2017 Jun 10]. Available from: <http://www.who.int/gho/en/>
2. Bhutta ZA, Cabral S, Chan C-w, Keenan WJ. Reducing maternal, newborn, and infant mortality globally: An integrated action agenda. *Obstet Gynecol Int J* 2012; 119:13-17.
3. WHO. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO

- Library Cataloguing-in-Publication Data, 2013.
4. Nabukera SK, Witte K, Muchunguzi C, Bajunirwe F, Batwala VK, Mulogo EM, Farr C, Barry S, Salihu HM. Use of postpartum health services in rural Uganda: knowledge, attitudes, and barriers. *J Community Health* 2006; 31(2):84-93.
 5. Brodribb W, Zadoroznyj M, Dane A. The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. *BMC Fam Pract* 2013; 14(1):1-9.
 6. Brasil. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da saúde 2016.
 7. Hartley S, Sutherland G, Brown S, Yelland J. 'You're more likely to tell the GP if you're asked': women's views of care from general practitioners in the first postpartum year. *Aust J Prim Health* 2012; 18(4):308-312.
 8. Gartland D, MacArthur C, Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: a prospective cohort. *Int J Obstet Gynecol* 2016; 123(7):1203-1211.
 9. Nice. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2015.
 10. Correa MS, Feliciano KV, Pedrosa EN, Souza AI. Women's perception concerning health care in the post-partum period: a meta-synthesis. *Open J Obstet Gynecol* 2014; 4:416-426.
 11. Oliveira DC, Teixeira RC, Tomiyoshi JT, Correa ACdP, Mandu ENT. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2013; 17(3):446-54.
 12. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(3):1-12.
 13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm* 2008; 17(4):758-64.
 14. Stufflebeam, DL. Program Evaluation Models Metaevaluation Checklist (Based on The Program Evaluation Standards). *Evaluation Checklists Project* [Internet] 1999 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://dmeforpeace.org/learn/program-evaluations-models-metaevaluation-checklist>
 15. Casp. Critical Appraisal Skills Programme. Programme AS. Making sense of evidence. CASP Checklists [Internet] 2017 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>
 16. Stetler, CB MD, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, Giuliano K, Havener P, Sheridan A. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res* 1998; 11(4):195-206.
 17. Ursi E. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto/SP: Universidade de São Paulo; 2005.
 18. Silva LLB, Feliciano KVO, Oliveira LNFP, Pedrosa EN, Corrêa MSM, Souza AI. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da "Primeira Semana de Saúde Integral". *Rev Gaucha Enferm* 2016; 37(3):1-8.
 19. Rito RV, Oliveira MI, Brito Ados S. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)* 2013;89(5):477-484.
 20. Parada CMG. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. bras. saúde mater. infant* 2008; 8(1):113-124.
 21. Laporte-Pinfildi ASC, Zangirolani LTO, Spina N, Martins PA, Medeiros MAT. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. *Rev nutr* 2016; 29(1):109-123.

22. Serruya SJ, Lago T, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev bras ginecol obstet* 2004; 26(7):517-525.
23. Corrêa MD, Tsunehiro MA, Lima MdOP, Bonadio IC. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(spe):23-31.
24. Santos SR, Cunha AJLA, Gamba CM, Machado FG, Leal Filho JMM, Moreira NLM. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Rev saúde pública* 2000; 34(3):266-71.
25. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2012; 16(2):312-9.
26. Hass CN, Teixeira LB, Beghetto MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. *Rev Gaucha Enferm* 2013; 34(3):22-30.
27. Velásquez Hurtado JE, Cabrera Arredondo H, Alfaro Fernandez P, Giusti Hundskopf P, Rosas Aguirre AM, Vigo Valdez WE, et al. Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2014; 31(2):243-253.
28. Bick DE, MacArthur C. Attendance, content and relevance of the six week postnatal examination. *Midwifery* 1995; 11(2):69-73.
29. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MdA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(1):13-21.
30. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Aust J Prim Health* 2014; 20(3):298-304.
31. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about sexual health issues in the year after childbirth: a cohort study. *Birth* 2015; 42(4):354-361.
32. Graça LCCd, Figueiredo MdCB, Conceição MTCC. Contributions of the nursing intervention in primary healthcare for the promotion of breastfeeding. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011; 19(2):429-436.
33. Sitrin D, Guenther T, Murray J, Pilgrim N, Rubayet S, Ligowe R, Pun B, Malla H, Moran A. Reaching mothers and babies with early postnatal home visits: the implementation realities of achieving high coverage in large-scale programs. *PLoS One* 2013; 8(7):e68930.
34. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Crone M, Crijnen A, HiraSing RA. Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: a randomized controlled trial. *Midwifery* 2014; 30(6):688-695.
35. Bashour HN, Kharouf MH, AbdulSalam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheikha SA. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nurs* 2008; 25(2):115-125.
36. Robling M, Bekkers M-J, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2016; 387(10014):146-155.
37. Saías T, Lerner E, Greacen T, Simon-Vernier E, Emer A, Pintaux E, et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PloS One* 2012; 7(5):e36915.
38. Laporte-Pinfildi ASC, Medeiros MAT. Nutritional care during prenatal and postpartum periods: A report of experiences in a city on São Paulo's coast. *Rev nutr* 2016; 29(6):947-961.
39. Cardoso LO, Vicente AS, Damião JJ, Rito RV. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of

- breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J pediatr* 2008; 84(2):147-153.
40. Alves ALN, Oliveira MIC, Moraes JR. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. *Rev saúde pública* 2013; 47(6):1130-1140.
41. Passanha A, Benicio MHD, Venancio SI, Reis MCG. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev saúde pública* 2013; 47(6):1141-1148.
42. Almeida CC, Scochi MJ, Souza RKT, Carvalho WO. Prevalência de aleitamento materno antes e após a implantação de um programa de redução de morbimortalidade infantil, no município de Campo Mourão (PR). *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):575-583.
43. Brandao DS, Venâncio SI, Giugliani ER. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. *J Pediatr* 2015; 91(2):143-151.
44. Ciconi RCV, Venancio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev bras saúde mater infant* 2004; 4(2):193-202.
45. Leung SS, Leung C, Lam T, Hung S, Chan R, Yeung T, et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. *J Public Health* 2010;fdq075.
46. Milgrom J, Ericksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for postnatal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(9):833-839.
47. Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, González M, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370(9599):1629-1637.
48. Glavin K, Smith L, Sørum R, Ellefsen B. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women—a one-year follow-up study. *J Clin Nurs* 2010; 19(21-22):3051-3062.
49. Segre LS, O'Hara MW, Brock RL, Taylor D. Depression screening of perinatal women by the Des Moines Healthy Start Project: program description and evaluation. *Psychiatr Serv* 2012; 63(3):250-255.
50. Reilly N, Harris S, Loxton D, Chojenta C, Forder P, Austin MP. The impact of routine assessment of past or current mental health on help-seeking in the perinatal period. *Women Birth* 2014; 27(4):e20-e7.
51. Abiodun O. Postnatal depression in primary care populations in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28(2):133-136.
52. Munk-Olsen T, Pedersen HS, Laursen TM, Fenger-Grøn M, Vedsted P, Vestergaard M. Use of primary health care prior to a postpartum psychiatric episode. *Scand J Prim Health Care* 2015; 33(2):127-133.
53. Rojas. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en centros de atención primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Rev Med Chile* 2015; 143(4):424-432.
54. Meira B, Pereira P, Silveira M, Gualda D, Santos Jr H. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. *Texto & Contexto Enferm* 2015; 24(3):706-712.
55. Felix TA, Siqueira DA, Ximenes Neto FRG, Nascimento KV, Mira QLM. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enferm Glob* 2013; 12(29):404-419.
56. Santos Junior HPO, Gualda DMS, Silveira MFA, Hall WA. Postpartum depression: the (in) experience of Brazilian primary healthcare professionals. *J Adv Nurs* 2013; 69(6):1248-1258.

57. Nice. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth [Internet] 2015 [cited 2017 Oct 27]. Available from: nice.org.uk/guidance/cg37

58. Austin MP, Hight, Guidelines Expert Advisory Committee. Clinical practice

guidelines for depression and related disorders: anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis, in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: Beyondblue, 2011.

ANEXO B – Revisão Sistemática**RECOMENDAÇÕES PARA O CUIDADO PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO SISTEMÁTICA****RECOMMENDATIONS FOR POSTPARTUM CARE IN THE PRIMARY CARE: SYSTEMATIC REVIEW**

Tatiane Baratieri
Larissa Gramázio Soares
Elisa Prieto Kappel
Sonia Natal
Josimari Telino de Lacerda

RESUMO: Objetivo: Comparar as recomendações de *guidelines* sobre a atenção às mulheres no pós-parto na Atenção Primária à Saúde. **Desenvolvimento:** Revisão sistemática de *guidelines* com busca nas bases de dados Lilacs e PubMed, e página da internet do *National Guideline Clearing house*, *National Institute for Health and Care Excellence* e Google®, considerando como critérios de inclusão: tratar de recomendações sobre cuidados pós-parto de rotina e/ou complicações decorrentes do pós-parto; contemplar responsabilidades da Atenção Primária à Saúde; ser publicado de 2008 a 2017; estar disponível em texto completo; nos idiomas inglês, espanhol ou português. Foram analisados 9 *guidelines*, em que apenas três trataram de cuidados gerais no pós-parto, sendo os demais sobre temas específicos, como depressão pós-parto e contracepção. Apenas um *guideline* era direcionado para países de baixa renda. As recomendações trataram sobre organização do cuidado, saúde mental, saúde física, aleitamento materno, atividade educativa/grupo de apoio, sinais e sintomas de violência doméstica e métodos contraceptivos. O escopo de recomendações foi baseado, de modo geral, em baixo nível de evidência, com maior foco em saúde física e mental, e incipiente abordagem sobre violência doméstica. **Conclusão:** Os *guidelines* apresentaram recomendações amplas que abrangem a atenção às mulheres no pós-parto. Há necessidade de maior investimento em pesquisas sobre o tema para aumentar o nível das evidências, e incentivo para elaboração de *guidelines* em países de baixa renda.

PALAVRAS-CHAVE: Período pós-parto; Atenção Primária à Saúde; Guia de Prática Clínica.

ABSTRACT: Objective: To compare the recommendations of guidelines on postpartum women care in Primary Health Care. **Development:** Systematic review of guidelines in the Lilacs and Pub Med databases, and the National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Care Excellence e Google® websites, with the following inclusion criteria: address recommendations for routine postpartum care and/or postpartum complications; contemplate Primary Health Care responsibilities; published from 2008 to 2017; be available in full text; in English, Spanish or Portuguese. A total of 9 guidelines were analyzed, in which only three treated general care in the postpartum period, with the other on specific topics, such as postpartum depression and contraception. Only one guideline was aimed at low-income countries. The recommendations addressed the organization of care, mental health, physical health, breastfeeding, educational activity or support group, signs and symptoms of domestic violence, and contraceptive methods. The scope of recommendations was generally based on a low level of evidence, with a greater focus on physical and mental health, and an incipient approach to domestic violence. **Conclusion:** The guidelines presented broad recommendations

covering care for postpartum women. There is a need for greater investment in research on the subject to increase the level of evidence, and encouragement for developing guidelines in low-income countries.

KEY WORDS: Postpartum Period; Primary Health Care; Practice Guideline.

INTRODUÇÃO

O pós-parto é entendido como uma fase do período gravídico-puerperal no qual as mulheres vivenciam mudanças biológica, psicológica, sociocultural, transição para a maternidade e transformações na dinâmica familiar, podendo levar a morbimortalidade de mulheres¹⁻³.

Dessa forma, a atenção ao pós-parto torna-se um elemento essencial para efetivação de ações com vistas a fornecer aconselhamento e apoio às mulheres para a recuperação da gravidez e do parto, identificação precoce de alterações fisiológica e emocional e gestão adequada das necessidades de saúde. O objetivo é instrumentalizar as mulheres para cuidado ao bebê e a si mesma, promovendo o seu bem-estar a longo prazo.^{4,5}

O cuidado pós-parto se constitui em uma importante estratégia para reduzir a morbimortalidade materna. Apesar disso, este é o período mais negligenciado para a prestação de cuidados de saúde com qualidade.⁶

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal responsável pela atenção às mulheres no pós-parto, considerando sua proximidade, por meio da avaliação, tratamento e cuidados às mulheres, além de encaminhamento para outros serviços quando necessário.⁷

É imprescindível que os profissionais inseridos na APS estejam instrumentalizados com diretrizes clínicas de qualidade e acessíveis, a fim de prestar o melhor cuidado às mulheres nesse período, contribuindo para redução das situações de morbidade e mortalidade materna.

Para garantir a gestão adequada da atenção às mulheres no pós-parto, foram desenvolvidos e publicados *guidelines* (diretrizes clínicas) em diferentes países, institutos e organizações sobre essa temática, os quais abordam recomendações de ações da APS nesse contexto assistencial.

Os *guidelines* são um conjunto de recomendações baseadas em uma revisão sistemática da evidência e em avaliação dos riscos e benefícios das diferentes alternativas, com o objetivo de otimizar e qualificar a atenção à população.^{8,9}

Tais recomendações devem basear-se nas melhores evidências científicas disponíveis, considerar as preferências dos usuários e a experiência clínica de especialistas^{10,11}. Para conferir o melhor cuidado ao usuário, o *guideline* deve apresentar boa qualidade, ou seja, ser cientificamente válido, utilizável e confiável.^{10,11}

Entende-se que o cuidado no período pós-parto deve atender às necessidades das mulheres, com aconselhamento e apoio para recuperação da gestação e parto, identificação precoce e gestão adequada às mudanças biológicas, psicológicas e sociais ocorridas após o parto.^{3,4}

Considerando a criticidade desse período, a comum negligência de cuidados às mulheres, especialmente pela atenção voltada ao materno-infantilismo, e a importância da atuação dos profissionais da APS para atenção às mulheres,^{6,12} faz-se necessário conhecer as melhores evidências científicas direcionadas aos cuidados pós-parto às mulheres, viabilizando a implantação de uma atenção qualificada.

Em 2014 foi publicada uma revisão sistemática sobre o tema, porém pode se considerar que a publicação apresenta algumas lacunas, como enfoque para aos cuidados maternos e infantil, não aprofundando a discussão sobre outras necessidades das mulheres para além das relacionadas a maternidade¹³ e da busca ser limitada ao idioma inglês.

O presente estudo avança ao direcionar a revisão para os aspectos da atenção às mulheres, por entender esse como um importante momento de cuidado dessa população, para além do seu papel na maternidade, além de atualizar a revisão dos *guidelines* no idioma inglês, amplia o escopo da busca pois incluiu os idiomas português e espanhol.

A maioria das mortes maternas ocorrem nesse período, especialmente na primeira semana após o parto, além disso, há diversas morbidades que podem perdurar por semanas, meses ou anos,^{6,14} o que reforça a importância do papel da atenção qualificada no âmbito da APS e da priorização de pesquisas sobre cuidados de saúde nessa fase.¹⁵

Mediante as lacunas apresentadas, pergunta-se: Para atender às mulheres no período pós-parto, quais são as ações recomendadas por diferentes *guidelines* aos profissionais de saúde da APS? Assim, o objetivo deste estudo foi comparar as recomendações de *guidelines* sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que identificou *guidelines* por meio de busca na base de dados *PubMed* (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos), por ser uma importante fonte de referências de artigos científicos no meio biomédico, com os termos *puerperium* OR *postnatal* OR *postpartum* OR *perinatal*, limitado pelo termo *clinical guidelines*; e na base de dados *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), por ser mais abrangente na América Latina, com os descritores *postpartum period* OR

período *pós-parto* OR período pós-parto AND *clinical guideline* OR *guía de práctica clínica* OR guia de prática clínica.

Considerando os poucos registros encontrados, já que *guidelines* raramente são publicados em periódicos, foi realizada uma pesquisa mais ampla junto ao site do *National Guideline Clearinghouse* (NGC), do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) utilizando-se os mesmos termos de busca da *PubMed*. Para incluir um maior número de evidências, optou-se por realizar busca na página do Google®, utilizando-se os mesmos termos da Lilacs. A pesquisa ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2018.

Foram elegíveis para o estudo, os *guidelines* que atenderam aos seguintes critérios: tratar de recomendações sobre cuidados pós-parto de rotina e/ou complicações decorrentes do pós-parto; contemplar em seu escopo responsabilidades da APS; ser publicado de 2008 a 2017, a fim de identificar recomendações com evidências atuais e *guidelines* em vigência, já que, em geral, esses são atualizados a cada cinco anos; estar disponível em texto completo; e ser publicado nos idiomas inglês, espanhol ou português. Foram excluídos *guidelines* quando encontrado o mesmo título publicado em edições/anos diferentes, eliminando o mais antigo; versões resumidas e guias rápidos, analisando-se somente a versão completa; *guidelines* de baixa qualidade, ou seja, os que obtiveram pontuação <50%¹⁶⁻¹⁸ de acordo com o *Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation II*¹⁰, versão em português.

A busca e seleção dos estudos, a análise e comparação das recomendações, foram realizadas por duas revisoras de forma independente e as divergências foram revisadas e redefinidas a partir de consenso, com alto nível de concordância entre as revisoras. A etapa de avaliação dos *guidelines* também se deu por duas revisoras de acordo com as orientações do AGREE II.¹⁰

Para a caracterização dos *guidelines*, foi elaborado um formulário para extração dos dados, que foram digitados em uma planilha no *Microsoft Excel*® constando: ano, título, autor, instituição, país e objetivo. Posterior a isso, os *guidelines* foram submetidos à avaliação da qualidade.¹⁰

A etapa final do estudo foi a compilação e comparação das recomendações constantes nos *guidelines* classificados como de boa qualidade (pontuação >50% de acordo com AGREE II).¹⁰

As recomendações foram agrupadas por temas e classificadas, pelas pesquisadoras, utilizando-se os seguintes códigos: ED, quando especifica e detalha de forma clara como deve ser seguida a recomendação; IR, quando o *guideline* indica a recomendação, mas referencia outro material para aprofundar o cumprimento da mesma e SI, para quando o *guideline*

recomenda sem detalhar como essa deve ser cumprida. Os *guidelines* selecionados foram identificados pela letra G, seguido de numeral arábico, para facilitar a citação dos mesmos no decorrer do estudo.

Na descrição dos resultados as recomendações foram confrontadas conforme o nível de evidência científica segundo o *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*.¹⁹

Estudo conduzido e relatado de acordo com as diretrizes PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises).

RESULTADOS

Seleção e caracterização dos *guidelines*

Um total de nove *guidelines* foram identificados para inclusão nessa revisão. A busca nas bases de dados forneceu um total de 689 estudos. Após os ajustes por duplicatas 667 permaneceram. Destes, 19 textos completos atenderam aos critérios de elegibilidade e foram examinados com mais detalhes. Cinco estudos foram excluídos por se tratar de versões prévias, sendo mantidos os atuais; quatro foram descartados constituírem em versões resumidas e guias rápidos, e um por baixa qualidade segundo instrumento AGREE II¹⁰ conforme observado na Figura 1:

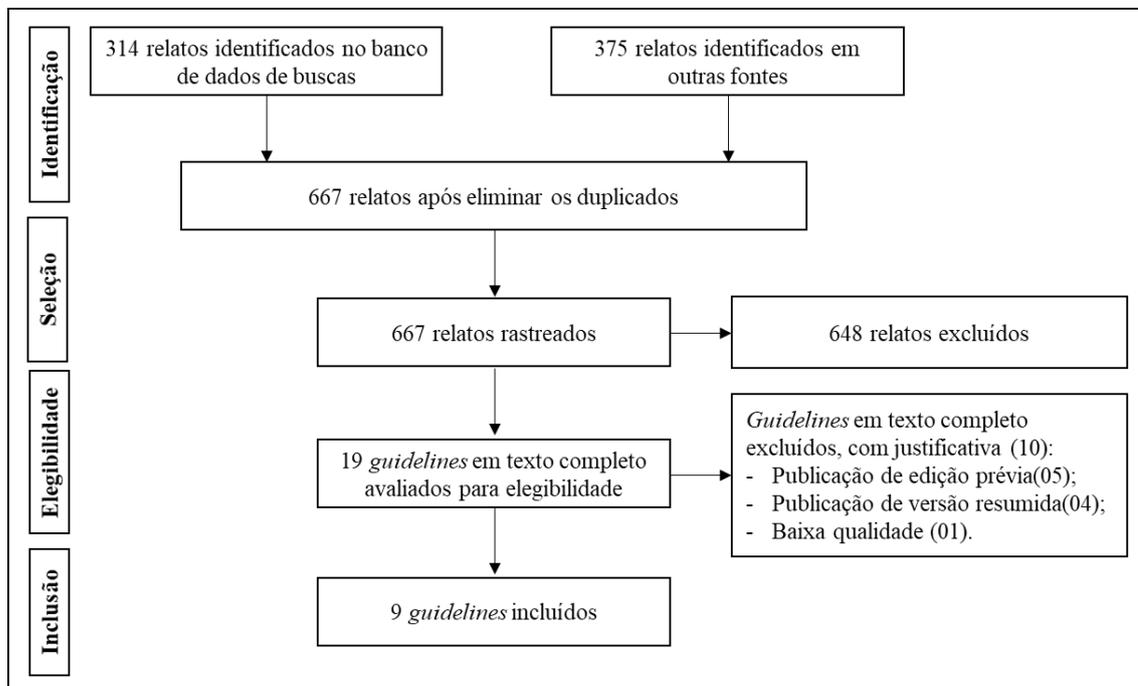


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos *guidelines*.

Quanto à caracterização do material selecionado, de acordo com a Tabela 1, identificou-se que o ano de publicação variou de 2011 a 2017, sendo em sua maioria publicados na Europa, com predomínio do Reino Unido. Quanto aos temas, apenas três *guidelines*^{6,8,20} abordam o cuidado geral às mulheres no puerpério, os demais tratam de temas específicos, como saúde mental^{7,21,22} e contracepção.²³

Tabela 1: Caracterização dos *guidelines* selecionados. Florianópolis/SC. 2018.

Id.*	Título/Instituição	País/Ano	Objetivo
G1 ¹⁸	Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period / Beyondblue	Austrália 2011	Fornecer recomendações que apoiem a identificação precoce e o gerenciamento efetivo de problemas de saúde mental no período perinatal, além de objetivar melhores resultados de saúde mental para as mulheres e suas famílias;
G2 ¹⁹	Management of perinatal mood disorders: A national clinical guideline / ScottishIntercollegiateGuidelines Network	Reino Unido 2012	Fornecer recomendações sobre Depressão Pós Parto (DPP), abrangendo a previsão, detecção e prevenção, bem como o gerenciamento em ambos os cuidados primários e secundários.
G3 ¹	WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn / World Health Organization (WHO)	Suíça 2013	Fornecer recomendações para cuidados pós-natal de mães e recém-nascidos para melhorar a qualidade dos cuidados pós-parto e resultados de saúde para mães e recém-nascidos.
G4 ¹⁷	Postnatal care up to 8 weeks after birth / National Institute for Health and Care Excellence	Reino Unido 2015	Identificar o cuidado de rotina que toda mulher e seu bebê devem receber nas primeiras 6-8 semanas após o nascimento, com base nas melhores evidências disponíveis., além de abordar as recomendações sobre o <i>co-sleeping</i> síndrome e morte súbita do lactente até o primeiro ano da vida da criança.
G5 ²⁰	Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance / National Institute for Health and Care Excellence	Reino Unido 2015	Recomendar o reconhecimento, avaliação, cuidados e tratamento de problemas de saúde mental em mulheres durante a gravidez e o período pós-natal (até um ano após o parto) e em mulheres que estão planejando engravidar.
G6 ²¹	Adult depression in primary care / Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	Estados Unidos 2016	Apresentar as recomendações de cuidado na atenção primária para diagnóstico e tratamento da depressão em adultos com idade igual ou superior a 18 anos.
G7 ²³	FSRH Guideline: Contraception after pregnancy /	Inglaterra 2017	Fornecer recomendações para o uso seguro de contracepção, incluindo categorias para mulheres após o parto (pós-parto), aborto (incluindo aborto espontâneo), mulheres com

	Faculty of Sexual and Reproductive Health (FSRH)		história de gravidez ectópica ou com doença trombooblástica gestacional.
G8 ⁷	Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio	Espanha 2014	Estabelecer um conjunto de recomendações baseadas na evidência científica de mais alta qualidade disponível para melhorar a saúde das mulheres grávidas e puerperais, bem como a saúde dos recém-nascidos.
G9 ²²	Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria	Espanha 2011	Ajudar na tomada de decisões para o tratamento de pacientes adultos com depressão no ambiente de cuidados primários

*Identificação

Ressalta-se que apenas o *guideline* da Organização Mundial da Saúde⁶ aborda especificamente ações para países de baixa renda, os demais são *guidelines* voltados para países desenvolvidos.

Recomendações

A Tabela 2 apresenta a síntese das recomendações contidas nos *guidelines* cuja análise considerou os seguintes temas: organização do cuidado, saúde mental das mulheres, saúde física das mulheres, aleitamento materno, atividade educativa/grupo de apoio, sinais e sintomas de violência doméstica e métodos contraceptivos.

Tabela 2: Ações para atenção às mulheres no pós-parto recomendadas pelos *guidelines* selecionados. Florianópolis/SC. 2018

O guideline recomenda sobre:	G1 ²¹	G2 ²²	G3 ⁶	G4 ²⁰	G5 ⁷	G6 ²⁴	G7 ²³	G8 ⁸	G9 ²⁵
Organização do cuidado									
Coordenação do cuidado	-	ED	-	ED	ED	-	ED	ED	-
Qualificação profissional	ED	ED	-	-	-	-	-	-	-
Cuidado centrado na mulher	ED	-	-	ED	ED	ED	ED	-	-
Número de contatos pós-parto	-	-	ED	ED	-	-	-	ED	-
Visita domiciliar	SI	-	ED	-	-	-	-	ED	-
Saúde Mental das Mulheres									
Investigar suporte familiar e social	ED	-	-	ED	-	-	-	SI	-
Investigar estado emocional	ED	ED	IR	ED	ED	-	-	ED	ED
Investigar História de doença mental	-	ED	-	-	-	-	-	-	ED
Rastreamento de DPP	ED	ED	IR	IR	ED	ED	-	ED	ED
Tratamento de DPP	ED	ED	-	-	ED	-	-	-	-
Saúde física das mulheres									
Aconselhamento sobre sinais e sintomas de complicações pós-parto	-	-	ED	ED	-	-	-	ED	-
Identificar e aconselhar sobre sinais e sintomas de problemas comuns no pós-parto	-	-	ED	ED	-	-	-	ED	-
Avaliação da involução uterina e lóquios	-	-	IR	-	-	-	-	-	-
Aconselhamento sobre nutrição	SI	-	IR	IR	-	-	-	-	-
Aconselhamento sobre higiene	-	-	IR	SI	-	-	-	-	-
Investigar função sexual	-	-	IR	ED	-	-	-	-	-
Atividade física/Exercícios	SI	ED	IR	IR	-	-	-	-	-

Imunização	-	-	ED	-	-	-	-	-
Suplementação de ferro e ácido fólico	-	-	ED	-	-	-	-	-
Profilaxia com antibiótico	-	-	SI	-	-	-	-	-
Aleitamento materno (AM)								
AM exclusivo até 6 meses	-	-	ED	ED	-	-	-	ED
Recomendações de promoção do aleitamento materno	-	-	SI	ED	-	-	-	ED
Prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação	-	-	-	ED	-	-	-	ED
Uso de medicamentos durante AM	ED	ED	-	-	ED	-	ED	-
Outros temas								
Atividade educativa/grupo de apoio	-	-	-	-	-	-	-	ED
Sinais e sintomas de violência doméstica	-	-	IR	SI	-	-	IR	-
Métodos contraceptivos	-	-	IR	ED	-	-	ED	ED

Traço (-): Não há recomendação sobre o tema; ED: Especifica Detalhadamente; IR: Indica e Referencia outro material; SI: Somente Indica.

Organização do cuidado

Em relação à coordenação do cuidado recomenda-se garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar⁸, desenvolver plano individualizado e integrado com as mulheres,^{7,20} e documentar ações e serviços.^{20,23} Quanto ao nível de evidência, a recomendação de G8⁸ foi baseada em nível B e os demais *guidelines* em nível D.

A qualificação profissional foi abordada por dois *guidelines*^{21,22} sobre saúde mental, os quais entendem que todos os profissionais de saúde que prestam cuidados no período perinatal devem receber treinamento em avaliação psicossocial (nível D).

Quatro *guidelines*^{7,20,21,23} recomendam que a atenção deva ser centrada nas mulheres e baseada em suas necessidades de saúde (nível D), e pacientes com depressão precisam receber uma abordagem de cuidados de forma colaborativa na APS (nível A).²⁴

Quanto a rotina de contatos pós-parto os *guidelines*^{6,8,20} trazem evidências distintas e de baixo nível, ou como boa prática clínica. São recomendados três contatos pós-parto (no terceiro dia, entre 7 e 14 dias, e 6 semanas após o parto),⁶ ou dois contatos (um na primeira semana e outro ao final de 40 dias).^{8,20}

A visita domiciliar é recomendada na primeira semana (nível C)⁶ ou conforme necessidade das mulheres (boa prática clínica).⁸, sendo uma das estratégias para o manejo de depressão leve a moderada ao realizar aconselhamento não-diretivo (nível C).²¹

Saúde mental das mulheres

Em cada contato pós-parto investigar-se sobre o apoio familiar/social (evidência nível D),^{8,20,21} e estado emocional das mulheres.^{6,8,20,25} A investigação do estado emocional deve se dar de 6 a 12 semanas pós-parto²¹ ou, no mínimo, entre quatro e seis semanas, aos três a quatro

meses pós-parto, e mulheres com alto risco de Depressão Pós-Parto (DPP) devem ser inquiridas em cada contato.²²

As recomendações basearam-se em nível D de evidência,²², em outros *guidelines*,^{6,25} ou não apontaram o nível de evidência e classificam essa recomendação como boa prática clínica.^{8,20,21}

Quanto ao histórico de doença mental, todas as mulheres devem ser questionadas sobre antecedentes familiares e pessoais. (de nível D).^{22,25}

O rastreamento e monitoramento clínico de DPP esteve presente na maioria dos *guidelines*, exceto G7,²³ e basearam-se, em geral, em baixos e muito baixos níveis de evidência.

Dois *guidelines* recomendaram o rastreamento de rotina para prevenção de DPP (nível B)^{21,24} Os demais afirmam que não há evidências suficientes para recomendar rotina formal de rastreamento. O uso de questionários, principalmente da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), pode ser feito como avaliação complementar e/ou confirmação do diagnóstico de DPP e monitoramento clínico.

Antes de iniciar qualquer tratamento para depressão na gravidez e no período pós-parto, deve-se discutir com as mulheres os riscos de não tratar, e os efeitos das intervenções farmacológicas.^{7,25} Um dos *guidelines* não trouxe nível de evidência⁷ e outro baseou-se em outro *guideline*.²⁵

A terapia comportamental cognitiva,(nível de evidência B),^{21,22} aconselhamento não-diretivo, psicoterapia interpessoal e terapia psicodinâmica (níveis de evidência C e D).²¹ devem ser consideradas para tratar depressão leve a moderada. Os tratamentos farmacológicos são indicados para mulheres com depressão maior,^{20,21,25} sendo que os níveis de evidências são específicos para cada tipo de medicamento.

Saúde física das mulheres

A saúde física das mulheres foi abordada em cinco *guidelines*^{6,8,20-22}, três destes^{6,8,20} trataram de uma ampla gama de tópicos, e dois^{8,20} apresentaram as recomendações de forma mais detalhada. Questões físicas relacionadas à saúde mental foram abordadas em dois *guidelines* específicos do tema.^{21,22}

É importante o aconselhamento e assistência sobre sinais e sintomas de complicações pós-parto, especificamente em relação a hemorragia pós-parto, infecção, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, trombose venosa.^{6,8,20} O G3⁶ fez a recomendação por consenso do comitê organizador baseada em outro *guideline*.²⁶ G4 apresenta nível de evidência D para a maioria

das recomendações, sendo nível A apenas para ação de emergência junto a mulheres com dor de cabeça grave ou persistente e pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg.²⁰ No G8 a recomendação é indicada apenas como boa prática.⁸

Recomenda-se identificar e aconselhar sobre sinais e sintomas de dor perineal, dor de cabeça, dor lombar, constipação, hemorróida, incontinência fecal, retenção ou incontinência urinária, fadiga, frequentemente apresentadas no pós-parto,^{6,8,20} sendo que G3 baseou-se em outro *guideline*²⁶ para fazer a recomendação; G4 e G8 apresentaram nível C e D para a maioria das recomendações^{8,20} e G4 trouxe nível A apenas para uso de medicamentos quando requerido para analgesia e constipação, e exercícios para assoalho pélvico para mulheres com incontinência urinária.²⁰

O uso de compressas frias e tratamento com ultrassom para dor perineal, administração de laxante e aconselhamento nutricional para mulheres com constipação, e exercícios para assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária e/ou fecal no pós-parto foi a recomendação de nível B apresentada por G8.⁸

O aconselhamento sobre higiene geral, especialmente lavagem de mãos é realizado pelo G3 (evidência baseada outro *guideline*),⁶ e higiene perineal é indicada por G4 (nível de evidência D).²⁰

Quanto à investigação da função sexual, as mulheres devem ser questionadas sobre a retomada da relação sexual e possível dispareunia de 2 a 6 semanas após o nascimento, com nível de evidência baseado outro *guideline*⁶ e nível C.²⁰ É importante investigar razões de ansiedade quanto à relação sexual, avaliar períneo quando houver trauma e oferecer lubrificante a base de água (nível D).⁶

A avaliação de lóquios e da involução uterina (nível D) deve ser realizada somente quando houver perda excessiva de sangue, dor abdominal e/ou febre,^{6,20} de modo que em todas as consultas pós-parto as mulheres devem ser questionadas sobre esses aspectos.

Todas as mulheres devem ser encorajadas a se movimentar após o parto (nível D). Há indicação de material específico sobre regimes de exercícios pós-parto no G4.²⁰ Um suporte de exercícios estruturado deve ser oferecido como opção de tratamento para mulheres com DPP (nível B) (G2).²²

Recomenda-se atividade física e dieta para as mulheres que fazem uso de antipsicóticos, no intuito de minimizar o aumento de peso associado ao medicamento (não informa nível de evidência).²¹

As mulheres devem ser aconselhadas sobre a nutrição, de modo que os *guidelines* indicam material específico sobre o tema (nível D).^{6,20}

O G3 recomenda suplementação de ferro e ácido fólico 3 meses pós-parto (baseada em *guideline* existente)⁶ e profilaxia com antibiótico para mulheres com parto vaginal e corte perineal de 3 a 4 graus (nível D). A imunização com imunoglobulina anti-D (mulheres Rh negativas) e a vacina MMR (sarampo, caxumba e rubéola) para mulheres não sensibilizadas deve ocorrer após o parto, e é recomendada somente pelo G4 (nível D).²⁰

Aleitamento materno (AM)

O aleitamento materno exclusivo até seis meses é recomendado,^{6,8,20} sendo que essa prática deve ser incentivada e oferecido suporte às mulheres em todo o contato pós-parto (nível B). Todos os prestadores de cuidados, seja hospital ou atenção primária, devem implementar um programa estruturado avaliado externamente que encoraja a amamentação, amparados pela iniciativa “Amigo da Criança” como padrão mínimo (nível A).²⁰

A prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação é recomendada, e aborda sobre dor no mamilo, ingurgitamento mamário,^{6,8,20} mastite, mamilo invertido.²⁰ O nível de evidência das recomendações é predominantemente D, com nível maior para tratamento de ingurgitamento com medicamentos analgésicos (nível A), mulheres com mastite devem ser incentivadas a continuar a amamentar e/ou fazer expressão manual (nível A), avaliar necessidade de tratamento para mastite com antibiótico frente a persistência dos sintomas (nível B).²⁰

O uso de medicamentos durante a amamentação é abordado em *guidelines* que tratam sobre tratamento em saúde mental²⁰⁻²² e contraceptivos,²³ em geral com baixo nível de evidência. Todos trazem as especificidades de determinados medicamentos e sua relação com aleitamento.

O tratamento farmacológico no período pós-parto precisa ser ponderado contra o mínimo possível de exposição ao lactente durante a amamentação.²¹ Deve ser explicado às mulheres os benefícios da amamentação, riscos potenciais associados ao uso de psicotrópicos, além de discutir opções de tratamento que permitiriam a uma mulher amamentar se desejar, e apoiar as mulheres que optam por não amamentar.²⁰

Quanto a amamentação e uso de contraceptivos recomenda-se que as mulheres sejam informadas sobre medicamentos que não apresentam efeitos adversos na lactação, crescimento ou desenvolvimento infantil (nível A).²³

Atividade educativa/grupos de apoio

A participação em atividades educativas e grupos de apoio no pós-parto é recomendada apenas pelo G8,⁸ com nível de evidência D para grupos na atenção primária que ofereçam apoio psicológico e fortaleçam aquisição dos conhecimentos e habilidades já trabalhadas no pré-natal; nível C para atividades de formação de mães e pais sobre aspectos relacionados à saúde, desenvolvimento e relacionamento com os bebês; e nível B para ações educativas que estimulam o aleitamento materno.

Sinais e sintomas de violência doméstica

Quanto à temática sinais e sintomas de violência doméstica os *guidelines*^{6,20,23} recomendam que os profissionais devem estar aptos a observar riscos, sinais e sintomas, prestar apoio clínico, e encaminhar para suporte especializado (nível D).

Métodos contraceptivos

As mulheres devem ser aconselhadas sobre o intervalo entre duas gestações, planejamento reprodutivo, com discussão sobre as opções de anticoncepcionais e fornecimento dos métodos contraceptivos, se solicitados (consenso baseado em *guideline* existente).⁶ Não há especificação de como deve ser o aconselhamento, mas referencia outro material.²⁶

Os métodos e o momento da retomada da contracepção devem ser discutidos na primeira semana do nascimento (nível D).²⁰ Recomendações para o uso seguro da contracepção após o parto, aborto (incluindo aborto espontâneo), mulheres com história de gravidez ectópica ou com doença trombooblástica gestacional são fornecidas em um dos *guidelines*.²³ As recomendações tratam sobre discussão, efetividade e provisão da contracepção, suporte contínuo às mulheres, período de discussão e de início da contracepção, intervalo entre gestações, profissional responsável pela indicação do método, métodos seguros para uso nas diferentes situações, problemas decorrentes do uso de contraceptivos, contracepção de emergência, aleitamento e contracepção. O nível de evidência varia de A a D, de acordo com cada recomendação.

Apenas um *guideline*⁸ recomenda que os profissionais devem promover espaços de diálogo com mulheres e seus parceiros sobre aspectos relacionados a métodos contraceptivos e vivência da sexualidade nessa etapa (recomendação baseada em outro *guideline*). Sobre a escolha do método,⁸ sugere-se consultar material específico da OMS.²⁷

Para as mulheres que desejam planejar suas futuras gravidezes e não mantêm a amamentação exclusiva, é necessário informar sobre contracepção e a introdução do método que melhor se adequa a cada situação, a partir de 21 dias após o parto (evidência nível B).⁸

Os *guidelines*^{8,20,23} apresentam as diferentes opções de contracepção e o período de início do uso de cada método.

DISCUSSÃO

O escopo dos *guidelines* foi variado, sendo que três apresentaram recomendações gerais para o cuidado de rotina às mulheres no puerpério, e a maioria (cinco) insere-se na temática de saúde mental no pós-parto. A escassez de *guidelines* abrangentes para mulheres no pós-parto é uma preocupação, devido ao estresse que muitas mulheres vivenciam neste período, atrelado ao alto fardo da morbidade materna pós-parto.^{1,3,13}

O desenvolvimento de *guidelines* abrangentes e de alta qualidade é uma atividade dispendiosa em tempo e recursos, e isso pode ser uma das razões para escassez de *guidelines* nessa área,^{9,13} especialmente em países em desenvolvimento, os quais, em geral, possuem poucos recursos disponibilizados para ciência e tecnologia, e acabam recorrendo a *guidelines* internacionais para basear sua prática.⁹

Apenas um *guideline* trouxe como recomendação atividades educativas e grupos de apoio pós-parto,⁸ fortalecendo o uso de tecnologias de baixa densidade na APS. O mesmo material estabelece que a atenção às mulheres na gestação e puerpério deve ser coerente com o processo natural e fisiológico, baseando-se em cuidados orientados pelo desenvolvimento normal, no uso de tecnologias apropriadas e no reconhecimento da autonomia e protagonismo das mulheres. As intervenções devem ser minimizadas e aplicadas somente quando demonstrado benefícios e em acordo com os desejos de cada mulher.⁸ Essa lógica adotada pelo G8⁸ está em conformidade com o proposto pela prevenção quaternária, minimizando o uso de intervenções desnecessárias.

Essa recomendação vai ao encontro das evidências obtidas em uma revisão meta-etnográfica atual, que aponta o desejo das mulheres em evitar intervenções desnecessárias no ciclo gravídico, a fim de ter mais controle sobre a gestação e nascimento com apoio de um profissional de saúde disposto a fornecer cuidados obstétricos que rompam com o paradigma do modelo biomédico.²⁸

Quanto aos *guidelines* para países em desenvolvimento, somente G3⁶ é recomendado especificamente para essa realidade, e em todas as recomendações faz uma discussão sobre os

custos para sua aplicabilidade, com destaque para ações de baixo custo, coerente para locais em que os recursos financeiros são escassos. Portanto, as intervenções essenciais, baseadas em evidências, são de baixo custo e de alto impacto, relacionadas ações desenvolvidas na saúde comunitária, pois estas são capazes de reduzir em até 54% das mortes maternas.²⁹

É imperativa a necessidade de ampliar o número de *guidelines* para tais realidades, focando especialmente em ações de baixo custo e com boa aplicabilidade, a fim de impactar na melhoria da saúde materna, tendo em vista que a mortalidade materna se constitui em um importante problema de saúde pública em países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento.⁶

Sobre o nível de evidências das recomendações, a maioria dessas foi baseada em evidências de nível baixo (C) ou muito baixo (D), indicadas como boas práticas, e definidas por consenso da comissão de elaboração do *guideline*, considerando a falta de evidências. Foram encontradas melhores evidências (A e B) principalmente nas recomendações sobre cuidados colaborativos para pacientes com depressão, considerar terapia comportamental cognitiva para tratar depressão leve a moderada, controle de sinais vitais, uso de medicamentos, aleitamento materno exclusivo até seis meses e incentivo à iniciativa “Amigo da Criança”.

Vale destacar o *guideline* da Organização Mundial da Saúde,⁶ que baseou a maioria das recomendações em instrumentos existente por consenso da comissão organizadora,²⁶ que também não indica o nível de evidência em cada uma das recomendações, dificultando a tomada de decisão por parte dos profissionais e gestores que venham a adotar o referido material. Esse *guideline* apresentou recomendações com pouco detalhamento o que também pode desfavorecer seu uso.

Os *guidelines* apresentaram distintas recomendações para temas semelhantes, a exemplo da definição do número de contatos necessários após o parto, necessidade de visita domiciliar e rastreamento de DPP. Além disso, houve ampla gama de recomendações diferentes entre os *guidelines*, sendo que algumas delas foram abordadas em apenas um material, como indicação de ácido fólico, sulfato ferroso, profilaxia com antibióticos⁶ e grupos de apoio.⁸

Em geral, as recomendações distintas sobre mesmo tema se dão devido à falta de evidências científicas, ou quando as mesmas são fracas e inconsistentes entre os diferentes estudos utilizados para suportar a recomendação.³⁰ Outro aspecto que influencia na decisão de fazer a recomendação são as especificidades locais, considerando aspectos culturais, socioeconômicos, características do sistema de saúde, diferentes interpretações das evidências, preferências dos pacientes, influência dos profissionais e do comitê organizador do *guideline*.^{9,30}

É importante destacar temas de extrema relevância, com evidências com baixos níveis e recomendações sem detalhamento, como o tema da violência doméstica, abordado por três *guidelines*. É compreensível a limitação dos *guidelines* em detalhar todos os temas, considerando especialmente o tamanho e objetividade da recomendação. Como alternativa os *guidelines* deveriam indicar outro material de apoio, orientação que se aplica especialmente ao G4,²⁰ o qual somente indicou a recomendação, enquanto existe um *guideline* específico da NICE sobre violência e abuso doméstico.³¹

Há fragilidade quanto ao uso de medicamentos durante o aleitamento materno, havendo recomendações somente em *guidelines* que tratam de temas específicos (DDP e contracepção), e os que abordam os cuidados gerais^{6,8,20} nem mesmo indicam outro material para consulta.

O planejamento reprodutivo é abordado com foco no uso de métodos contraceptivos pelas mulheres, sem fazer abordagem do parceiro, ou indicar material específico.

Sobre o aleitamento materno, somente o G4²⁰ fez recomendações para prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação, sendo que essas se encontram no item “alimentação da criança”, ao invés de ser tratado como problemas comuns no pós-parto para as mulheres.

Cabe destacar, que o gênero é um forte determinante na maioria dos resultados de saúde.³² A inserção das mulheres no mercado de trabalho e a conquista dos direitos reprodutivos, sociais e políticos impactaram numa mudança de paradigma, em que antes era atribuída às mulheres a função de reprodutora. Atualmente, a busca pela igualdade de gênero e autonomia das mulheres acarretam impactos tanto para a saúde pública como para a política social.³³

A revisão aqui relatada reúne evidências para comparar as recomendações de *guidelines* sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS com maior precisão do que é possível em um único estudo. Porém, existem três limitações que exigem considerações. A primeira foi a exclusão de diretrizes que não estavam disponíveis para *download* pela internet, o que aconteceu especialmente para países da América Latina. No entanto, *guidelines* são elaborados para orientar a prática clínica e precisam estar prontamente disponíveis para aqueles que precisam utilizá-las. A segunda limitação é a inclusão de *guidelines* somente nas línguas português, inglês e espanhol, que apesar de serem idiomas que englobam grande parcela da população mundial, podem ter excluído realidades importantes da análise. E o terceiro aspecto trata-se da ferramenta AGREE II¹⁰ que tem vários pontos da escala de *Likert* que podem aludir um sistema de avaliação subjetiva. Apesar disso, o manual do AGREE II¹⁰ é robusto em suas

instruções sobre a marcação de cada componente nos vários domínios, o que sugere a validade do instrumento e do seu uso.

CONCLUSÃO

A maior parte das diretrizes foram baseadas em baixo nível de evidência ou por consenso do comitê organizador, sendo indicadas como boas práticas clínicas.

Ao comparar as recomendações de *guidelines* sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS, verificou-se que os mesmos apresentaram convergências principalmente quanto ao cuidado centrado nas mulheres, na maioria dos aspectos relacionais à saúde física, investigação sobre o suporte familiar/social e estado emocional, e aleitamento materno exclusivo até seis meses da criança e estratégias para promoção deste.

Apresentaram divergências sobre número de contatos pós-parto, necessidade de visita domiciliar e rastreamento de rotina para DPP. Além disso, houve ampla gama de recomendações diferentes entre os *guidelines*, sendo que algumas delas foram abordadas em apenas um material, como indicação de ácido fólico, sulfato ferroso, profilaxia com antibióticos, imunização e grupos de apoio. Tais divergências podem ser decorrentes dos baixos níveis de evidências e/ou das diferentes realidades em que as evidências foram produzidas.

Houve fragilidade quanto a violência doméstica decorrente da falta de detalhamento das ações, e uso de medicamentos durante o aleitamento materno, encontrado somente em *guidelines* que tratam de temas específicos (DDP e contracepção).

A abordagem do planejamento reprodutivo com foco na contracepção, incipiência no tema da violência doméstica, e associação dos problemas com aleitamento materno aos cuidados da criança demonstram persistência de uma visão das mulheres enquanto reprodutoras. Tais aspectos, associados ao baixo nível das evidências e falta de detalhamento em algumas ações podem dificultar a atenção integral e qualificada às mulheres no pós-parto.

Considerando a análise dos *guidelines* é possível traçar algumas recomendações do presente estudo: adotar como política do *guideline* o uso “racional” das intervenções, baseando-se na prevenção quaternária; indicar o nível de evidência em cada uma das recomendações, o que viabiliza a tomada de decisão profissional; especificar e detalhar cada item, facilitando o uso por parte dos profissionais; e, quando não for possível detalhar determinado tema, deve-se indicar outro material como referência para consulta.

Há necessidade de maior investimento em pesquisas em saúde das mulheres no período pós-parto, a fim de aumentar o nível e a qualidade das evidências, viabilizando a formulação de *guidelines* com maior validade e confiabilidade, o que impacta em redução da

morbimortalidade materna. Para países com recursos escassos é possível que seus *guidelines* sejam baseados em outros internacionais, entretanto, há necessidade de revisão rigorosa para adaptação à realidade em questão.

REFERÊNCIAS

1. Souza ABQ, Fernandes MB. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. Rev RENE [Internet]. 2014 [citado 21 de janeiro de 2019];15(4):594–604. Available at: www.revistarene.ufc.br/ArtigoOriginal
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p.
3. Corrêa MSM, Feliciano KV de O, Pedrosa EN, Souza AI de. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. Cad Saude Publica [Internet]. 2017;33(3):1–12. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=pt&tlng=pt
4. Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, et al. Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. Excellence NI for H and C, organizador. 2006.
5. ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Postpartum Care: Acog committee opinion. 2018;131(728):35–42.
6. WHO. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
7. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. Available at: nice.org.uk/guidance/cg192
8. Espanha. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.; 2014.
9. Mehndiratta A, Sharma S, Gupta N, Sankar M, Cluzeau F. Adapting clinical guidelines in India—a pragmatic approach. BMJ Evid Based Med [Internet]. 2017 [citado 21 de janeiro de 2019];359:j5147. Available at: <http://mospi.nic.in/sites/default/>
10. AGREE. Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. The AGREE II Instrument [versão português]. [Internet]. 2009. Available at: <http://www.agreetrust.org>
11. AGREE. Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. AGREE Collaboration: Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Heal Care [Internet]. 2003;12(1):18–23. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571340>
12. Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: Uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [citado 7 de fevereiro de 2019]; Available at: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acoes-do-programa-de-puerperio-na-atencao-primaria-uma-revisao-integrativa/16743?id=16743>
13. Haran C, Van Driel M, Mitchell BL, Brodrigg WE. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014 [citado 21 de janeiro de 2019];14(51):1–9. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/51>

14. Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(7):815–28.
15. Langlois É V, Miskurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Systematic reviews Inequities in postnatal care in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Health Organ Bull [Internet]*. 2015 [citado 21 de janeiro de 2019];93:259–70. Available at: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140996>
16. Bouwmeester W, Van Enst A, Van Tulder M. Quality of low back pain guidelines improved. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(23):2562–7.
17. Lo Vecchio A, Giannattasio A, Duggan C, De Masi S, Ortisi MT, Parola L, et al. Evaluation of the quality of guidelines for acute gastroenteritis in children with the AGREE instrument. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011;52(2):183–9.
18. Greuter MJE, van Emmerik NM, Wouters MG, Van Tulder M. Quality of Clinical on the Management of Diabetes in Pregnancy: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* . 2012;12(58):1–7.
19. GRADE. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation [Internet]. Available at: <http://www.gradeworkinggroup.org/>
20. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. Available at: nice.org.uk/guidance/cg37%0A%0A
21. Austin M-P, Highet. Guidelines Expert Advisory Committee. Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: Beyondblue: the national depression initiative; 2011.
22. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders [Internet]. SIGN publi. Edinburgh: SIGN; 2012. Available at: <http://www.sign.ac.uk>
23. FSRH. Faculty of Sexual and Reproductive Health. Contraception after pregnancy [Internet]. Faculty of Sexual and Reproductive Health; 2017. Available at: <https://www.fsrh.org/news/new-fsrh-guideline--contraception-after-pregnancy/>
24. Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D, et al. Adult depression in primary care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2016. 131 p.
25. García-Herrera PB, Nogueras ME V, Muñoz CF, Morales AJM. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión em Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental. Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”; 2011.
26. World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 3º ed. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2015.
27. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2011.
28. Keedle H, Schmied V, Burns E, Dahlen HG. The journey from pain to power: A meta-ethnography on women’s experiences of vaginal birth after caesarean. *Women and Birth [Internet]*. fevereiro de 2018 [citado 25 de março de 2019];31(1):69–79. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519217300574>
29. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet [Internet]*. julho de 2014 [citado 25 de março de 2019];384(9940):347–70. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614607923>
30. McLaughlin K, Foureur M, Jensen ME, Murphy VE. Review and appraisal of guidelines for the management of asthma during pregnancy. *Women and Birth [Internet]*. dezembro de

- 2018 [citado 25 de março de 2019];31(6):e349–57. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519217305127>
31. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Domestic Violence and Abuse: Multi-agency Working (NICE Guideline PH50) [Internet]. 2014. Available at: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph50>
32. Aitken Z, Garrett CC, Hewitt B, Keogh L, Hocking JS, Kavanagh AM. The maternal health outcomes of paid maternity leave: A systematic review. *Soc Sci Med* [Internet]. abril de 2015 [citado 25 de março de 2019];130:32–41. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953615000842>
33. Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'campo P. Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2013 [citado 25 de março de 2019];36:31–48. Available at: <https://academic.oup.com/epirev/article-abstract/36/1/31/563050>

ANEXO C – Parecer Comitê de Ética – Estudo de Avaliabilidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Pesquisador: Sonia Natal

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91014418.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.814.988

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese de doutorado vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, sob orientação da Profa. Dra. Sonia Natal. Caracteriza-se como um estudo de avaliabilidade que é uma ferramenta do processo avaliativo para melhor compreender o programa/intervenção e preparar os envolvidos para o processo avaliativo. Para a construção do plano avaliativo será realizada revisão de literatura, revisão de documentos, entrevistas semiestruturadas com especialistas da área de avaliação em saúde, saúde da mulher e APS, a fim de subsidiar a construção do Modelo Teórico do Programa (MTP) e Modelo Lógico de Avaliação (MLA) do objeto avaliado. Com base nos modelos será construída a Matriz de Avaliação e Julgamento (MAJ) e seus respectivos indicadores, medidas e parâmetros para a determinação do grau de implantação da assistência pós-parto às mulheres na APS. Os especialistas serão selecionados por meio do currículo lattes decorrente de sua reconhecida experiência na gestão ou na trajetória acadêmica na área de saúde da mulher, avaliação em saúde e APS. O modelo avaliativo será submetido à validação dos especialistas por meio de Conferência de Consenso. O resultado das entrevistas e Conferência de Consenso será sistematizado e analisado por meio da análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.814.988

Construir e validar um modelo avaliativo da implantação da assistência às mulheres no pós-parto na Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivo Secundário:

Identificar elementos teóricos e normativos para avaliação da implantação da assistência às mulheres no pós-parto na APS; Elaborar Modelo Lógico do Programa (MLP) e Modelo Teórico de Avaliação (MTA) da assistência às mulheres no pós-parto na APS; Eleger indicadores, medidas e parâmetros para composição da matriz de análise e julgamento (MAJ);- Discutir o modelo avaliativo (MLP, MTA e MAJ) com especialistas em saúde da mulher, atenção primária e avaliação em saúde; Elencar estratégias metodológicas de aplicabilidade do modelo avaliativo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de uma pesquisa metodológica que consulta especialistas para analisar o material construído, esta pode implicar aos participantes a disponibilidade de tempo para além da pactuação inicial. Além disso, não são descartados os riscos de constrangimento no processo de emissão e exposição da opinião acerca do objeto durante as oficinas presenciais perante os demais participantes, principalmente aqueles com opiniões divergentes. Para minimizar tal exposição, as opiniões emitidas sobre os Modelo Lógico do Programa, Modelo Teórico de Avaliação e Matriz de Análise e Julgamento na etapa realizada individualmente e online serão mantidas em anonimato durante toda a oficina de consenso presencial e demais etapas da pesquisa, além disso, durante a oficina presencial o pesquisador responsável conduzirá o debate de modo que todos tenham oportunidade de expor suas opiniões.

Benefícios:

Entre os benefícios estão o desenvolvimento de modelos de avaliação para futuras pesquisas avaliativas, bem como a contribuição científica quanto aos aspectos teóricos e normativos da assistência às mulheres no pós-parto, o que pode direcionar para melhoria da atenção à saúde das mulheres no pós-parto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e potencial para contribuir com a linha de pesquisa que se encaixa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados adequadamente.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 2.814.988

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram devidamente sanadas e, por isso, o projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1141281.pdf	18/07/2018 10:14:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	comitedeeticaprojeto.doc	18/07/2018 10:13:10	Tatiane Baratieri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	18/07/2018 10:12:49	Tatiane Baratieri	Aceito
Outros	Instrumentos.doc	24/05/2018 18:09:36	Sonia Natal	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/05/2018 18:08:06	Sonia Natal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Agosto de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO D – Parecer Comitê de Ética – Estudo de Caso

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Pesquisador: Sonia Natal

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02774918.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.036.173

Apresentação do Projeto:

Trata o presente projeto, "AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO ÀS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO BRASIL", de uma tese de doutorado, submetido pela Prof. Sonia Natal, que assina a folha de rosto como pesquisador responsável, juntamente com a Prof. Marialnês Machado Verdi, Coordenadora do PPG Saúde Coletiva/CCS/UFSC. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, tipo análise de implantação, de natureza quantitativa e qualitativa que será realizada em três municípios, um de cada Estado da região do sul do país, no período de março a agosto de 2019, caracterizando um estudo de casos múltiplos, cujo objetivo é avaliar a implantação da assistência pós-parto às mulheres no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Os participantes do estudo serão profissionais da gestão municipal de saúde dos municípios selecionados (n=15), profissionais de saúde de uma equipe de APS (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde) de cada município selecionado (n=20), e puérperas que pertencem à área de abrangência da equipe de saúde de APS selecionada (n=45). A coleta de dados se dará por meio de entrevistas norteadas por roteiro semiestruturado e questionário aberto, análise documental e análise de prontuários de puérperas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Avaliar a implantação da assistência pós-parto às mulheres na APS.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.036.173

Objetivos específicos:

Determinar o grau de implantação da assistência às mulheres no pós-parto na APS.

Identificar fatores de contexto que interferem no grau de implantação.

Relacionar aspectos do contexto e do grau de implantação que interferem no efeito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o que foi citado no PB apresentado:

DESCONFORTOS E RISCOS:

PROFISSIONAIS: A pesquisa poderá trazer o incomodo de dispor de tempo além do previamente agendado, visto que se trata de uma ampla gama de temas a serem discutidos, além de algum constrangimento ao emitir a opinião sobre seu trabalho, sobre alguns temas que tenha menor facilidade para tratar ou sobre questões que envolvem outros profissionais e usuários do serviço de saúde. Para minimizar os riscos a pesquisadora se compromete a interromper a entrevista caso esta esteja muito longa, e encerra-la ou retomar em outro momento mais conveniente. Além disso, a questão do constrangimento será atendida no sentido de deixar o participante totalmente confortável para não falar de temas que não se sinta seguro, além da garantia do sigilo quanto a identidade do participante, e ainda todos os resultados sistematizados serão mantidos em anonimato e sigilo durante todas as etapas da pesquisa.

PUÉRPERAS: A pesquisa poderá trazer o incomodo de dispor de tempo além do previamente agendado, visto que se trata de uma ampla gama de temas a serem discutidos, além de algum constrangimento, medo/receio ao emitir a opinião sobre o atendimento recebido pelos profissionais da unidade básica de saúde ou sobre alguns temas que tenha menor facilidade para tratar, ou medo/receio de exposição dos registros do prontuário. Pode também causar alterações emocionais decorrente de lembranças do processo de pré-natal, parto e pós-parto. Para minimizar os riscos a pesquisadora se compromete a interromper a entrevista caso esta esteja muito longa, e encerrá-la ou retomar em outro momento mais conveniente. Além disso, a questão do constrangimento será atendida no sentido de deixar a participante totalmente confortável para não falar de temas que não se sinta segura, além da garantia do sigilo quanto a identidade da participante, e ainda todos os resultados sistematizados serão mantidos em anonimato e sigilo durante todas as etapas da pesquisa, assim como sobre os registros no prontuário. Em caso de necessidade, frente às questões emocionais as pesquisadoras se comprometem a encaminhar para atendimento psicológico. Ressalta-se ainda que a participação na pesquisa não implica em

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefona: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.036.173

nenhum benefício ou prejuízo em relação ao atendimento recebido na unidade básica de saúde, e que nenhum profissional de saúde terá conhecimento sobre o conteúdo da entrevista.

BENEFÍCIOS: Não há benefícios diretos aos participantes, mas aos municípios, que ao final do estudo terão os resultados da avaliação, os quais poderão ser utilizados para melhorar o processo de assistência pós-parto às mulheres atendidas pelo sistema de saúde municipal. Além disso, o reconhecimento do processo de implantação da assistência às mulheres no pós-parto, seus limites e possibilidades, permitirá identificar formas para melhorar a execução da assistência pós-parto em diferentes realidades, especialmente por esse ser um tema em geral negligenciado nas ações de saúde das mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados. Estão incluídos: Folha de rosto, Instrumentos de coleta de dados, formulário PB, projeto detalhado, cartas de anuência das autoridades municipais de Pinhais/PR, Sapucaia/RS e Tubarão/SC, TCLE destinado a puérperas e TCLE destinado a profissionais.

Recomendações:

Recomenda-se que seja incluído no TCLE um cabeçalho.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1247893.pdf	05/11/2018 22:14:53		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_puerperas.doc	05/11/2018 22:12:55	Sonia Natal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.doc	05/11/2018 22:10:14	Sonia Natal	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.036.173

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto.doc	05/11/2018 22:09:51	Sonia Natal	Aceito
Outros	Instrumentosdecoletadedados.doc	05/11/2018 18:01:45	Sonia Natal	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TubaraoSC.pdf	05/11/2018 16:00:26	Sonia Natal	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Sapucaia_RS.pdf	05/11/2018 15:54:39	Sonia Natal	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Pinhais_PR.pdf	05/11/2018 15:54:20	Sonia Natal	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	05/11/2018 15:42:23	Sonia Natal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Novembro de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br