

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

**Utilização e qualidade da assistência ao puerpério
na Atenção Primária**

Cristiane de Souza Gonçalves

Pelotas, 2024

Cristiane de Souza Gonçalves

**Utilização e qualidade da assistência ao puerpério
na Atenção Primária**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora Prof^a Dr^a Suele Manjourany Silva Duro

Pelotas, 2024

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

G635u Gonçalves, Cristiane de Souza

Utilização e qualidade da assistência ao puerpério na Atenção Primária [recurso eletrônico] / Cristiane de Souza Gonçalves ; Suelle Manjourany Silva Duro, orientadora. — Pelotas, 2024.
219 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2024.

1. Período pós-parto. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Utilização de serviços. 4. Estudos transversais. 5. Qualidade da assistência à saúde. I. Duro, Suelle Manjourany Silva, orient. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Maria Inez Figueiredo Figas Machado CRB: 10/1612

Cristiane de Souza Gonçalves

**Utilização e qualidade da assistência ao puerpério
na Atenção Primária**

Tese submetida, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 21/08/2024

Banca examinadora:

Prof. Dra. Suele Manjourany Silva Duro (Orientadora)
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini (Membro interno)
Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Juliane Portela Ribeiro (Membro interno)
Doutora em Enfermagem pela Universidade do Rio Grande

Prof. Dra. Mirelle de Oliveira Saes (Membro externo)
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Rio Grande

Prof. Dra. Clarice Alves Bonow (Membro interno)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande

Dedico esta tese à minha mãe, Eneida.

Agradecimentos

À minha família que proveu, mesmo com todas as limitações impostas pelas desigualdades deste país, as condições necessárias para que eu chegasse aqui.

À amiga-irmã que a vida me deu a honra de encontrar, mesmo aos vinte anos de idade, Dra. Clarice Gonçalves, e que sem a sua mão estendida, aliada à sua competência profissional não alcançaria este título.

À Kelen Maier, por estar comigo em todas as horas, felizes e surtadas, ao longo destes quatro anos de doutoramento.

À Bebel, este título também é teu.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Suele Manjourany Silva Duro, minha gratidão pela confiança depositada em mim desde o Ciclo II do PMAQ-AB e por aceitar me acompanhar nesta trajetória de doutoramento.

Aos mestres e mestras do decorrer de toda minha formação, desde os tempos de escola até o doutorado, em especial aos da FEn/UFPel. Minha gratidão por acreditarem em um ensino público de qualidade.

Aos membros da banca pela disponibilidade, concedendo parte de seu tempo para contribuir na versão final desta tese. Todos são grandes mestres e compartilharam seus conhecimentos, contribuindo para a minha formação.

Aos pesquisadores, professores, funcionários e colegas do Departamento de Medicina Social da UFPel, que me acolheram gentil e atenciosamente enquanto estive na equipe do PMAQ-AB.

Às amigas Natália Stoffel, Charlene Loureiro e ao amigo Tiago Ribeiro (*in memoriam*) por me incentivarem a seguir a carreira acadêmica e pelas memórias afetivas desde os tempos de DMS.

À todas as mulheres e pessoas que gestaram e que participaram do PMAQ-AB ao longo dos três ciclos de avaliação externa.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

A todos(as) sou grata.

*“Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre”
(BRANT, NASCIMENTO, 1976)*

Resumo

GONÇALVES, Cristiane de Souza. Acesso e qualidade da assistência ao puerpério na Atenção Primária. Orientadora: Suele Manjourany Silva Duro. 2024. 212 f. **Utilização e qualidade da assistência ao puerpério na Atenção Primária** (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2024.

Esta tese objetivou avaliar a utilização e a qualidade do cuidado ao puerpério na atenção primária (APS), no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A população alvo foi constituída de mulheres com filhos de até dois anos, usuárias de unidades básicas de saúde (UBS) avaliadas pelo Programa. Os dados utilizados foram oriundos da fase de Avaliação Externa do PMAQ-AB, Ciclos I (2012), II (2014) e III (2018) disponíveis no portal da Secretaria de APS. Para avaliação da tendência temporal da assistência ao puerpério foram utilizadas análises descritivas e de tendência temporal realizadas com regressão de mínimos quadrados ponderados por variância de acordo com as variáveis de contexto social (região, índice de vulnerabilidade social - IVS, porte populacional e cobertura de Estratégia de Saúde da Família - ESF). Na avaliação da qualidade da atenção ao puerpério, utilizou-se apenas os dados do Ciclo III e foi criado um indicador sintético a partir da soma de sete variáveis e sendo considerado puerpério com qualidade respostas positivas a seis ou sete perguntas. As exposições foram características das usuárias e do município. A associação foi medida por meio da análise bivariada pelo teste de qui-quadrado para tendência linear e heterogeneidade. Foram realizadas a análise bruta e ajustada multivariável por Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 5%. Os Ciclos I e III foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas pareceres números 38/2012 e 2.453.320, respectivamente. O Ciclo II foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, parecer 487.055. A prevalência de consulta de puerpério foi 57,7%; 54,5% e 53,0% nos três ciclos respectivamente, apresentando uma redução na variação média anual (VMA) (-0,61p.p; $p < 0,001$). O aumento nas frequências desse tipo de consulta foram observados nas região Norte (0,8 p.p; $p = 0,007$) e Nordeste (0,5 p.p; $p = 0,001$) e nos municípios com IVS muito alto (1,1p.p). Entretanto, a VMA reduziu em municípios com porte populacional maior de 300.000 habitantes e em todas as categorias de cobertura da ESF no município. Apenas 19,5% das mulheres receberam uma consulta de qualidade. A realização do exame de mamas e o exame físico/ginecológico foram relatados por menos da metade da amostra. Mulheres residentes na Região Nordeste, nos municípios com 100% de cobertura de ESF, com idade igual ou superior a 40 anos, nos extremos de renda familiar e que receberam a visita do ACS na primeira semana após o parto, tiveram maior probabilidade de ter uma consulta de qualidade. A APS apresentou baixas coberturas e qualidade nas consultas de puerpério, necessitando esforços de gestores e profissionais para melhorar os indicadores. Além disso, o achado pró-equidade revela a fortaleza do PMAQ-AB aliada à capacidade de superação da região e dos municípios mais pobres quando dispõem de incentivos e políticas a favor da justiça social.

Palavras-chave: Período pós-parto; Atenção Primária à Saúde; Utilização de serviços; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Estudos Transversais; Tendências; Qualidade da Assistência à Saúde

Abstract

GONÇALVES, Cristiane de Souza. Access and quality of assistance to puerperium in Primary Care. Advisor: Suele Manjourany Silva Duro. 2024. 212 f. **Utilisation and quality of puerperium care in Primary Care** (Doctorate in Sciences) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2024.

This thesis aimed to evaluate the use and quality of puerperium care in primary healthcare (PHC), in the Programme for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). The target population was made up of women with children up to two years old, users of basic health units (UBS) evaluated by the Programme. The data used came from the PMAQ-AB External Evaluation phase, Cycles I (2012), II (2014) and III (2018), available on the PHC Secretariat website. Descriptive and time trend analyses were used to assess the temporal trend of puerperium care, using variance-weighted least squares regression according to the social context variables (region, social vulnerability index (SVI), population size and Family Health Strategy (FHS) coverage). When assessing the quality of puerperium care, only data from Cycle III was used and a synthetic indicator was created from the sum of seven variables, with positive responses to six or seven questions being considered puerperium quality. The exposures were characteristics of the users and the municipality. The association was measured by bivariate analysis using the chi-squared test for linear trend and heterogeneity. Crude and adjusted multivariate analyses were carried out using Poisson regression with robust variance adjustment. A significance level of 5% was considered for all analyses. Cycles I and III were approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pelotas (opinion numbers 38/2012 and 2,453,320, respectively). Cycle II was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Goiás, opinion 487.055. The prevalence of puerperium consultations was 57.7 per cent, 54.5 per cent and 53.0 per cent in the three cycles respectively, showing a reduction in the mean annual variation (MAV) (-0.61p.p; $p < 0.001$). The increase in the frequency of this type of consultation was seen in the north (0,8 p.p; $p = 0,007$) and north-east (0.5 p.p; $p = 0.001$) and in municipalities with very high SVI (1.1p.p). However, VMA decreased in municipalities with populations over 300,000 and in all categories of FHS coverage in the municipality. Only 19.5 per cent of women received a quality consultation. Breast exams and physical/gynaecological exams were reported by less than half of the sample. Women living in the Northeast, in municipalities with 100% FHS coverage, aged 40 or over, at the extremes of family income and who received a visit from the CHW in the first week after giving birth were more likely to have a quality consultation. PHC showed low coverage and quality in puerperium consultations, requiring efforts from managers and professionals to improve the indicators. Furthermore, the pro-equity finding reveals the strength of the PMAQ-AB combined with the ability of the region and the poorest municipalities to overcome when they have incentives and policies in favour of social justice.

Keywords: Postpartum Period; Primary Health Care; Service Utilisation; Maternal and Child Health Services; Cross-Sectional Studies; Trends; Quality of Health Care

Resumen

GONÇALVES, Cristiane de Souza. Acceso y calidad de la asistencia al puerperio en Atención Primaria. Asesora: Suele Manjourany Silva Duro. 2024. 212 f. **Utilización y calidad de la atención al puerpério en Atención Primaria** (Doctorado en Ciencias) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2024.

Esta tesis evaluó la utilización y calidad de la atención al puerperio en la Atención Primaria de Salud (APS) dentro del Programa de Mejora del Acceso y la Calidad en la Atención Primaria (PMAQ-AB). Se analizaron datos de mujeres con hijos de hasta dos años que utilizaron unidades básicas de salud evaluadas por el Programa. Los datos provinieron de la fase de Evaluación Externa del PMAQ-AB, en los ciclos I (2012), II (2014) y III (2018), disponibles en el sitio web de la Secretaría de APS. Se emplearon análisis descriptivos y de tendencia temporal, utilizando regresión por mínimos cuadrados ponderados según variables sociales (región, índice de vulnerabilidad social (IVS), tamaño de población y cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF)) para observar la tendencia de la atención al puerperio. Para evaluar la calidad de la atención, solo se usaron datos del Ciclo III. Se creó un indicador sintético basado en la suma de siete variables, considerando de calidad aquellas consultas con respuestas positivas a seis o más preguntas. Se evaluaron características de las usuarias y del municipio. La asociación se midió con análisis bivariantes y multivariantes crudos y ajustados, utilizando la regresión de Poisson con ajuste robusto. Un nivel de significación del 5% fue aplicado en todos los análisis. Los ciclos I y III fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Pelotas, mientras que el ciclo II fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Goiás. Los resultados mostraron que la prevalencia de consultas de puerperio fue de 57,7% en el Ciclo I, 54,5% en el Ciclo II y 53,0% en el Ciclo III, con una reducción significativa de la variación media anual (0,61 puntos porcentuales, $p < 0,001$). Se observó un aumento de estas consultas en las regiones norte y nordeste, así como en los municipios con alto IVS. Sin embargo, la tasa disminuyó en municipios con más de 300.000 habitantes y en todas las categorías de cobertura de la ESF. Solo el 19,5% de las mujeres recibieron una consulta de calidad. Menos de la mitad de las mujeres realizaron exámenes de mama y exámenes físicos/ginecológicos. Las mujeres del nordeste, municipios con cobertura del 100% de ESF, mayores de 40 años, con ingresos en los extremos de la escala y que recibieron una visita del agente comunitario de salud en la primera semana postparto, tenían más probabilidades de recibir una consulta de calidad. En conclusión, la APS mostró baja cobertura y calidad en la atención puerperal, lo que requiere esfuerzos tanto de gestores como de profesionales de la salud para mejorar los indicadores. Sin embargo, los resultados sugieren un progreso en términos de equidad, especialmente en regiones más vulnerables, lo que refleja el impacto positivo del PMAQ-AB cuando existen políticas que promueven la justicia social en salud.

Palabras clave: Período posparto; Atención Primaria de Salud; Utilización de Servicios; Servicios de Salud Materno-Infantil; Estudios Transversales; Tendencias; Calidad de la Atención Sanitaria

Sumário

Apresentação.....	12
I. Projeto de Pesquisa.....	13
II. Relatório de trabalho de campo	148
III. Artigos	162
Artigo I	163
Artigo II	191
IV. Considerações Finais	217

Apresentação

Esta tese foi elaborada em conformidade com as normas regimentais adotadas pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O estudo foi desenvolvido na área de concentração “Práticas sociais em enfermagem e saúde”, na linha de pesquisa “Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem”.

O volume da tese é constituído por: (I) Projeto de Pesquisa defendido em junho de 2023; (II) relatório de trabalho de campo; (III) dois artigos produzidos ao longo do período de doutoramento e (IV) conclusões. O primeiro artigo intitulado “Tendências da Assistência ao Puerpério no Brasil no Âmbito da Atenção Primária” e o segundo artigo, “Qualidade da atenção ao puerpério no âmbito da atenção primária no Brasil” serão submetidos à revista Cadernos de Saúde Pública.

I. Projeto de Pesquisa

Projeto de Pesquisa

O Projeto de Pesquisa apresenta o tema proposto além da revisão de literatura, os objetivos pretendidos, o modelo teórico, o método pretendido para a análise dos dados.

A defesa do Projeto desta tese foi realizada em 30 de junho de 2023, às 14h na sala do PPGEnf/UFPel, Campus Porto (Anglo), Faculdade de Enfermagem - 2º andar, situado à Rua Gomes Carneiro nº 01, Centro de Pelotas/RS. A banca de qualificação foi composta pelos seguintes membros: orientadora Dr^a Suele Manjourany Silva Duro; Dr^a Carla Vitola Gonçalves; Dr^a Juliane Portela Ribeiro; Dr. Luiz Augusto Facchini. O projeto aqui apresentado como um subtítulo da tese está atualizado a partir das sugestões e orientações dos pareceristas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Projeto de Tese

**Utilização e qualidade da assistência ao puerpério
na Atenção Primária**

Cristiane de Souza Gonçalves

Pelotas, 2023

Cristiane de Souza Gonçalves

**Utilização e qualidade da assistência ao puerpério
na Atenção Primária**

Projeto de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora Prof^a Dr^a Suele Manjourany Silva Duro

Pelotas, 2023

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxograma contendo as informações sobre as etapas de seleção dos artigos conforme o PRISMA	59
Figura 2	Estrutura da OMS para a qualidade da atenção à saúde materna e neonatal	93
Figura 3	Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead	94
Figura 4	Modelo teórico dos determinantes da atenção ao puerpério.....	98

Lista de Quadros

Quadro 1	Conteúdo do cuidado pós-natal para as mulheres conforme a OMS	43
Quadro 2	Ações de saúde relacionada à puérpera recomendadas pelo CAB 32	46
Quadro 3	Estratégia de busca utilizada na base de dados Lilacs	57
Quadro 4	Estratégia de busca utilizada na base de dados <i>PubMed</i>	57
Quadro 5	Estratégia de busca utilizada na base de dados <i>Web of Science</i> .	57
Quadro 6	Descrição do objetivo(s), desenho, amostra, prevalência de acesso à consulta de puerpério, indicador de qualidade da assistência e pontuação STROBE nos dezesseis estudos publicados entre os anos de 2015 e 2020 e que foram selecionados para a revisão sistemática	90
Quadro 7	Quadro da caracterização das variáveis que farão parte da construção das variáveis sintéticas	108
Quadro 8	Quadro de caracterização das variáveis independentes e de contexto	109

Sumário

Apresentação.....	21
1 Introdução.....	25
1.1 Justificativa	27
2 Objetivos	30
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
3 Hipóteses	31
4 Revisão de literatura	32
4.1 Revisão Geral	32
4.1.1 O puerpério.....	32
4.1.2 Diretrizes internacionais e nacionais para a assistência qualificada no puerpério	42
4.1.3 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher	48
4.1.4 Políticas Públicas de Saúde.....	53
4.2 Revisão Sistemática	56
4.2.1 Acesso e utilização da atenção ao puerpério.....	60
4.2.2 Fatores associados ao acesso e à utilização dos serviços	62
4.2.3 A qualidade e as ações dos serviços de saúde no período pós-parto ..	69
5 Marco Teórico.....	91
5.1 Referencial Teórico.....	91
6 Metodologia	99
6.1 Delineamento.....	99
6.2 População-alvo.....	100
6.3 Amostra do estudo	100
6.3.1 Unidades de saúde	100
6.3.2 Equipes de saúde e profissionais das UBS.....	100
6.3.3 Usuárias	101
6.4 Critérios de inclusão.....	101
6.5 Fonte de dados.....	102
6.6 Principais variáveis do estudo.....	103
6.6.1 Definição operacional das variáveis	104
6.6.1.1 Definição de desfecho	104

6.6.1.2 Variáveis de exposição.....	108
6.7 Logística	109
6.7.1 Logística para a coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB .	109
6.8 Processamento e análise dos dados	110
6.8.1 Processamento dos dados.....	110
6.8 Análise de dados.....	110
6.9 Aspectos éticos.....	111
6.10 Divulgação dos resultados.....	112
6.11 Artigos planejados	112
7 Cronograma	113
8 Recursos Materiais e Humanos	114
09 Financiamento	115
Referências	116
Anexos.....	138

Apresentação

O projeto de tese aqui apresentado surge da necessidade de, por meio de ferramentas como a epidemiologia, mais especificamente, com a avaliação de programas, conhecer a prevalência de consulta de puerpério, os fatores associados e a influência dos determinantes sociais em saúde na qualidade do cuidado recebido por puérperas que passam pelo processo gravídico-puerperal e recebem assistência na atenção básica.

Entre os anos de 2011 e 2018, o SUS recebeu incremento às suas estratégias e políticas foram criadas para oferecer uma assistência em saúde com integralidade e equidade à população que dela necessitasse, seguindo assim os princípios garantidos constitucionalmente. Apesar dos constantes ataques sofridos, o SUS continua sendo a maior e mais importante porta de acesso às pessoas socialmente vulneráveis aos serviços de saúde, tornando-se uma importante estratégia de combate às desigualdades.

Este projeto de tese foi elaborado de acordo com as normas regimentais adotadas pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Trata-se de um estudo que será desenvolvido na área de concentração “Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde”, na linha de pesquisa “Epidemiologia, Práticas e Cuidado na Saúde e Enfermagem”.

Resumo

GONÇALVES, Cristiane de Souza. Utilização e qualidade da assistência ao puerpério na Atenção Primária. Orientadora: Suelle Manjourany Silva Duro. 2023. 124 f. Projeto de Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

A consulta puerperal faz parte da atenção à saúde da mulher no período pós-parto. A revisão puerperal é um momento único de identificação de fatores de risco maternos e neonatais. Sua baixa ocorrência pode estar associada a uma maior frequência de doenças e mortes, bem como ao desmame precoce. Outro fato relevante é a possibilidade de serem reforçadas as orientações acerca do planejamento familiar, evitando assim a recorrência da gestação precoce e, sobretudo, representar uma oportunidade para que os cuidados em saúde para condições não obstétricas, como doenças não transmissíveis e problemas de saúde mental, possam ser estabelecidos e ou mantidos. Ao longo dos anos, apesar dos esforços adotados por meio políticas de atenção à saúde da mulher, são observadas baixas coberturas de atenção à revisão de parto. A baixa cobertura remete uma certa preocupação com a utilização e, sobretudo, com a qualidade dos serviços prestados à saúde da mulher no puerpério, cuja literatura é escassa, demandando assim a necessidade de identificar fatores associados à atenção primária que possam interferir de forma negativa na assistência à saúde da mulher com possíveis impactos no cuidado prestado a essa população. Ainda, sugere-se que determinantes sociais em saúde (DSS) interfiram diretamente na qualidade da assistência, porém, a escassez de estudos que abordam a influência dos DSS na assistência ao puerpério causa uma lacuna no conhecimento desses fatores na resolutividade das ações em saúde reprodutiva. Assim, este projeto de tese objetiva avaliar a utilização e a qualidade do cuidado ao puerpério na atenção básica no Brasil, no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A população alvo será constituída de mulheres com filhos de até dois anos, usuárias de unidades básicas de saúde. Para a elaboração do estudo serão utilizados dados oriundos da fase de Avaliação Externa do PMAQ-AB, Ciclos I, II e III obtidos por meio do banco de dados disponível no portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O projeto resultará na elaboração de dois artigos: no primeiro será analisado a utilização da consulta puerperal e no artigo 2, será criado um indicador sintético, considerando a estrutura, o processo de trabalho e os resultados como adequado, ou não, para cada um dos ciclos. O indicador será analisado de acordo com as variáveis de contexto social (região, IVS, porte populacional e cobertura de ESF) e características individuais da mulher. Este estudo parte do pressuposto de que: (1) a prevalência de não realização da consulta de puerpério seja em torno de 20% – 30%; (2) os indicadores da atenção ao puerpério das equipes que compuseram os ciclos I, II e III do PMAQ-AB terão considerável aumento entre os ciclos; (3) mulheres mais vulneráveis socioeconomicamente serão as usuárias prevalentes no acesso e utilização da consulta de puerpério nos ciclos I, II e III; (4) variáveis socioeconômicas e demográficas associadas ao acesso e qualidade à consulta puerperal nos ciclos I, II e III do PMAQ-AB serão escolaridade e renda além das relacionadas à realização de pré-natal.

Abstract

GONÇALVES, Cristiane de Souza. Utilization and quality of assistance to puerperium in Primary Care. Advisor: Suele Manjourany Silva Duro. 2023. 124 f. Thesis Project (Doctorate in Sciences) - Graduate Nursing Program, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2023.

The puerperal consultation is part of women's health care in the postpartum period. The puerperal review is a unique moment to identify maternal and neonatal risk factors. Its low occurrence may be associated with a higher frequency of diseases and deaths, as well as early weaning. Another relevant fact is the possibility of reinforcing family planning orientations, thus avoiding the recurrence of early pregnancy and, above all, representing an opportunity for health care for non-obstetric conditions, such as non-communicable diseases and mental health problems, to be established and/or maintained. Over the years, despite the efforts adopted by women's health care policies, low coverage of care in the gravidic-puerperal cycle is observed. The low coverage leads to a certain concern with access and, above all, with the quality of services provided to women's health in the postpartum period, whose literature is scarce, thus demanding the need to identify factors associated with primary care that can interfere negatively in women's health care with possible impacts on the care provided to this population. Furthermore, it is suggested that social determinants of health (SDH) interfere directly in the quality of care, however, the scarcity of studies that address the influence of SDH in puerperium care causes a gap in the knowledge of these factors in the resolutivity of actions in reproductive health. Thus, this thesis project aims to evaluate the utilization and quality of care to puerperium in primary care in Brazil, under the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). The target population will be women with children up to two years old, users of basic health units. The study will use data from the PMAQ-AB External Evaluation phase, Cycles I, II and III, obtained from the database available on the portal of the Secretariat of Primary Health Care. The project will result in the preparation of two articles: in the first, the utilization of the puerperal consultation will be analyzed and in article 2, a synthetic indicator will be created, considering the structure, work process and results as adequate, or not, for each of the cycles. The indicator will be analyzed according to the variables of social context (region, HDI-M, population size, and ESF coverage) and individual characteristics of the woman. This study assumes that: (1) the prevalence of not having puerperium consultation is around 20% - 30%; (2) the indicators of puerperium care of the teams that composed cycles I, II and III of PMAQ-AB will have considerable increase between cycles; (3) more socioeconomically vulnerable women will be the most prevalent users in access and use of puerperium consultation in cycles I, II and III; (4) socioeconomic and demographic variables associated with the use of puerperium consultation in cycles I, II and III; (5) the prevalence of puerperium consultation in cycles I, II and III will be significantly higher than in cycles I, II and III; (6) the prevalence of not having puerperium consultation in cycles II and III will be significantly lower than in cycles II and III.

Resumen

GONÇALVES, Cristiane de Souza. Utilización y calidad de la asistencia al puerperio en Atención Primaria. Asesora: Suele Manjourany Silva Duro. 2023. 124 f. Proyecto de Tesis (Doctorado en Ciencias) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

La consulta puerperal forma parte de la atención a la salud de la mujer en el puerperio. La revisión puerperal es un momento único para identificar factores de riesgo materno y neonatal. Su baja ocurrencia puede estar asociada a una mayor frecuencia de enfermedades y muertes, así como al destete precoz. Otro hecho relevante es la posibilidad de ser reforzadas las orientaciones sobre planificación familiar, evitando así la recurrencia del embarazo precoz y, sobre todo, representar una oportunidad para que se establezca y o mantenga la atención a condiciones de salud no obstétricas, como enfermedades no transmisibles y problemas de salud mental. A lo largo de los años, a pesar de los esfuerzos adoptados por medio de políticas de atención a la salud de la mujer, se observa una baja cobertura de atención en el puerperio. La baja cobertura remite a una cierta preocupación con el utilización y, sobre todo, con la calidad de los servicios prestados a la salud de la mujer en el ciclo gravídico-puerperal, cuya literatura es escasa, exigiendo, así, la necesidad de identificar factores asociados a la atención básica que puedan interferir de forma negativa en la asistencia a la salud de la mujer con posibles impactos en el cuidado prestado a esta población. Aún así, se sugiere que los determinantes sociales de la salud (DSS) interfieren directamente en la calidad de la atención, sin embargo, la escasez de estudios que aborden la influencia de los DSS en la atención del puerperio provoca una brecha en el conocimiento de estos factores en la resolutivez de las acciones en salud reproductiva. Así, este proyecto de tesis tiene como objetivo evaluar el acceso y la calidad de la atención al puerperio en la atención primaria en Brasil, en el marco del Programa de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ-AB). La población objetivo estará constituida por mujeres con hijos de hasta dos años, usuarias de unidades básicas de salud. El estudio utilizará datos de la fase de Evaluación Externa del PMAQ-AB, Ciclos I, II y III obtenidos a través de la base de datos disponible en el portal de la Secretaría de Atención Primaria de Salud. El proyecto resultará en la elaboración de dos artículos: en el primero, se analizará el utilización a la consulta puerperal y en el artículo 2, se creará un indicador sintético, considerando la estructura, el proceso de trabajo y los resultados como adecuados, o no, para cada uno de los ciclos. El indicador será analizado de acuerdo con las variables de contexto social (región, IDH-M, tamaño de la población y cobertura del FSE) y características individuales de la mujer. Este estudio supone que: (1) la prevalencia de no realización de consultas de puerperio es de alrededor de 20% - 30%; (2) los indicadores de atención de puerperio de los equipos que compusieron los ciclos I, II y III del PMAQ-AB tendrán aumento considerable entre los ciclos; (3) mujeres más vulnerables socioeconómicamente serán las usuarias prevalentes en el acceso y uso de consultas de puerperio en los ciclos I, II y III; (4) variables socioeconómicas y demográficas asociadas al uso de consultas de puerperio en los ciclos I, II y III estarán asociadas al uso de consultas de puerperio en los ciclos II y III.

1 Introdução

A consulta puerperal faz parte da atenção à saúde da mulher no período pós-parto. O pós-parto, também denominado puerpério, é o período que tem início imediatamente após o parto e dura em média seis semanas, sendo seu término cronologicamente imprevisível. Essa variabilidade em sua duração está relacionada, especialmente, às mudanças anatômicas e fisiológicas que ocorrem no organismo da mulher (BRASIL, 2013; SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013).

Para facilitar a organização das ações em saúde, o puerpério pode ser dividido em três partes, conforme o período decorrido do pós-parto: imediato, tardio e remoto. O puerpério imediato transcorre do primeiro ao décimo dia após o parto. Já o puerpério tardio se dá do 11º ao 45º dia e o remoto, após o 45º dia, com término imprevisível (BRASIL, 2013; SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013). Assim, avaliar ações em saúde em cada um dos períodos pode contribuir para a redução da morbimortalidade materna.

A revisão puerperal é um momento único de identificação de fatores de risco maternos e neonatais. Sua baixa ocorrência pode estar associada a uma maior frequência de doenças e mortes, bem como ao desmame precoce. Outro fato relevante é a possibilidade de serem reforçadas as orientações acerca do planejamento familiar, evitando assim a recorrência da gestação precoce (CHA et al., 2016; MATIJASEVICH et al., 2009; SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013) e, sobretudo, representar uma oportunidade para que os cuidados em saúde para condições não obstétricas, como doenças não transmissíveis e problemas de saúde mental, possam ser estabelecidos e ou mantidos (WHO, 2019).

Em uma perspectiva de atenção continuada no ciclo gravídico-puerperal, a Organização Mundial da Saúde – OMS - recomenda que as consultas de pré-natal devam incluir pelo menos quatro visitas a uma unidade de saúde durante uma gravidez sem complicações. É recomendada, ainda, que pelo menos três visitas pós-natal sejam realizadas às pessoas no puerpério e aos recém-nascidos: entre o segundo e terceiro dia após o nascimento (48–72 h), entre o sétimo e 14º dias após o nascimento e seis semanas após o nascimento (WHO, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2006, por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabeleceu um mínimo de procedimentos e exames a serem oferecidos às mulheres durante a atenção pré-natal (BRASIL, 2000a). São eles: o início da assistência até o 4º mês de gestação; o mínimo de seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro; exames laboratoriais e vacinação além de atividades educativas e a consulta puerperal (BRASIL, 2000a; MENDES et al., 2020). No acompanhamento de pré-natal, a consulta de puerpério, que ocorre até o 42º dia do pós-parto, sendo assim, considerada como o término desse acompanhamento (BRASIL, 2005).

Historicamente, no Brasil, a saúde das mulheres está atrelada às ações em saúde da mulher que se incorpora às políticas nacionais de saúde no início século XX por meio de ações limitadas ao ciclo gravídico-puerperal e permanecem até a metade do século de forma verticalizada, ou seja, sem integração com outros programas ou ações propostas pelo Governo Federal. Somente na década de 1980, por meio do Ministério da Saúde, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – marcando de maneira disruptiva o conceito até então atribuído às políticas de saúde da mulher, incorporando princípios e diretrizes de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços e, ainda, a integralidade e a equidade da atenção, conceitos esses que embasaria o atual Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011b).

Ao longo dos anos, apesar dos esforços adotados por meio políticas de atenção à saúde da mulher, são observadas baixas coberturas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal (BARATIERI et al, 2022; GONÇALVES et al, 2019; STOFEL, 2019). Ao avaliar o acesso e a qualidade da atenção puerperal ofertada pelas equipes que aderiram ao ciclo 2 do PMAQ-AB, Stofel (2019) observou que 45,6% das mulheres não receberam consulta de puerpério. Baratieri et al (2019) no estudo que buscou identificar os fatores do cuidado associados à adesão das mulheres à consulta puerperal no Brasil, observou que 53% das mulheres realizaram a consulta. Outro achado que corrobora com os altos números de puérperas sem assistência ao puerpério remoto foi o estudo realizado com 572 mulheres no sul do Brasil, que demonstrou que 24,8% das participantes não realizaram a consulta de puerpério (GONÇALVES et al., 2019).

Esses resultados remetem uma certa preocupação com o acesso e, sobretudo, com a qualidade dos serviços prestados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, cuja literatura é escassa, demandando assim a necessidade de identificar fatores associados à atenção básica que possam interferir de forma negativa na assistência à saúde da mulher com possíveis impactos no cuidado prestado a essa população. Assim, este projeto de tese tem como objetivo responder a seguinte pergunta de pesquisa: **Qual a qualidade da atenção básica no puerpério ofertada pelas equipes que participaram da avaliação externa nos ciclos I, II e III do PMAQ e os fatores associados?**

1.1 Justificativa

A revisão puerperal é um momento único de identificação de fatores de risco à saúde materna e neonatal (BRASIL, 2006; WHO, 2013). Apesar da existência de diretrizes internacionais e locais, acrescidas de políticas e programas direcionados a esse segmento da população, as baixas prevalências de revisão pós-parto demonstram que esse período é negligenciado para a prestação de cuidados de qualidade a esse grupo populacional (WHO, 2013). A baixa adesão à consulta de puerpério pode estar associada a uma maior frequência de doenças e mortes materna e infantil bem como, ao abandono da amamentação, embora o aleitamento materno seja uma das práticas de promoção à saúde associada à diminuição de doenças e à mortalidade na infância além de um fator protetor às lactantes (ADEYEMO et al., 2020; CHRISTOFFEL et al, 2009; CIAMPO; LOPES, 2018; TURCK et al., 2013; XIA; LUO; WANG; LIANG, 2022). Outro importante ponto da atenção à saúde da mulher é o reforço às orientações de planejamento familiar, evitando assim a recorrência da gestação precoce além da continuidade do cuidado (BRASIL, 2013; CALIK-KSEPKA et al., 2022).

Apesar das recomendações de um cuidado em tempo oportuno e de qualidade no puerpério, no Brasil poucos estudos abordam o tema, restringindo-se à atenção pré-natal e ao pós-parto imediato (BARATIERI et al., 2019; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013). Com a implantação do SISPRENATAL em 2002 Andreucci et al (2011) observaram que o cumprimento de todas as etapas obrigatórias do cuidado de pré-natal, incluindo o retorno puerperal, ficam em torno de 19,2% a 35,9%, permanecendo

mais de 50% das mulheres sem assistência de puerpério. Gonçalves et al (2019) observaram que 24,8% das mulheres estudadas não retornaram ao serviço de saúde para a consulta puerperal.

Identificar fatores que influenciam a mulher a ter uma consulta de pós-parto é relevante para garantir a utilização de serviços de saúde materna e para o bem-estar das mulheres, assim, proporcionando um cuidado integral, equitativo e resolutivo. Os resultados de um estudo realizado na China, mostraram que 20,2% das mulheres (n = 70) não tiveram acesso à consulta de puerpério, e 62,5% (n = 173) daqueles que tiveram consulta de pós-parto não receberam o padrão referente a pelo menos 3 visitas (XIANG et al., 2014). Com base em dados de 169 países a OMS, por meio do relatório do diretor geral apresentado na septuagésima segunda assembleia mundial de saúde em 2019, estimou que 73% das mulheres tiveram apenas uma visita pós-natal (WHO, 2019). Fatores associados a não realização da consulta de puerpério como baixa renda, menor escolaridade, presença de comorbidade durante a gestação e àquelas mulheres que não utilizaram método de anticoncepção foram apontados no contato pós-natal. Ainda, mulheres que realizaram o pré-natal na rede pública tiveram 74% mais chance de não realizar consulta de puerpério (GONÇALVES et al., 2019).

Para Kovacs et al (2021) as desigualdades de renda existentes na atenção básica foram eliminadas durante a vigência do PMAQ-AB, plausivelmente devido às características do PMAQ que ajustava os pagamentos financeiros para as desigualdades socioeconômicas. Aqui destaca-se a capacidade de efeito do sistema e ou serviços de saúde que podem reverter desigualdades e promover a equidade. Dessa forma, pode-se inferir que determinantes sociais em saúde interferem diretamente na qualidade da assistência em saúde, porém, a escassez de estudos que abordam a influência dos determinantes sociais na assistência ao puerpério causa uma lacuna no conhecimento desses fatores na resolutividade das ações em saúde reprodutiva.

Devido a proposta do estudo ser construída na atenção ao puerpério dentro da atenção básica, as primeiras 24 horas do puerpério não serão abordadas. Contudo, considerando as recomendações para ações da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b) contemplar a visita domiciliar do ACS ao binômio até 48h do pós-alta hospitalar, o pós-parto imediato será abordado a partir desse ponto e, posteriormente, a primeira consulta de puerpério até o quinto dia após a alta também no pós-parto imediato.

Após, a segunda consulta puerperal entre o 30º e 40º dias (SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019).

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a utilização e a qualidade do cuidado ao puerpério na atenção básica no Brasil, no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

2.2 Objetivos específicos

- Medir a prevalência da realização de consulta de puerpério das mulheres com filhos menores de dois anos e que participaram das avaliações externas do PMAQ-AB nos ciclos I, II e III;
- Avaliar os indicadores de qualidade da atenção ao puerpério das equipes que compuseram os ciclos I, II e III do PMAQ-AB, conforme as preconizações do Ministério da Saúde;
- Descrever as disparidades socioeconômicas e demográficas das usuárias adscritas às unidades de saúde na utilização e na qualidade da consulta puerperal nos ciclos I, II e III do PMAQ-AB;
- Estimar a associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas na utilização e na qualidade à consulta puerperal nos ciclos I, II e III do PMAQ-AB;

3 Hipóteses

Este estudo parte do pressuposto de que a:

- A prevalência de realização da consulta de puerpério seja em torno de 70% – 80%;
- Os indicadores da atenção ao puerpério das equipes que compuseram os ciclos I, II e III do PMAQ tiveram considerável aumento entre os ciclos;
- Mulheres mais vulneráveis socioeconomicamente foram as usuárias prevalentes no acesso e utilização da consulta de puerpério nos ciclos I, II e III;
- Variáveis socioeconômicas e demográficas associadas à utilização e à qualidade da consulta puerperal nos ciclos I, II e III do PMAQ foram escolaridade e renda além das relacionadas à realização de pré-natal.

4 Revisão de literatura

4.1 Revisão Geral

Num primeiro momento foi realizada uma breve revisão livre utilizando livros, manuais e artigos acerca da temática. Essa revisão teve dois objetivos: primeiramente, reunir definições de puerpério bem como descrever as alterações que ocorrem no corpo após o processo gravídico e os cuidados inerentes a cada uma das etapas do período pós-parto segundo as diretrizes e recomendações da OMS e do Ministério da Saúde do Brasil entre outros autores nela citados. Posterior a isso, buscou-se descrever, de forma sucinta, a maneira com que as políticas públicas de atenção materno-infantil foram construídas em nível nacional.

4.1.1 O puerpério

O puerpério, ou período pós-natal, é um período variável e impreciso, sobretudo pelas alterações físicas, anatômicas e psicossociais ocorridas entre as pessoas que vivenciam o processo gravídico. Definido como o período que segue à dequitação, o puerpério, em um sentido anátomo-fisiológico, abrange importantes modificações corporais que perduram até o organismo alcançar condições semelhantes àquelas que precediam o período gravídico. Todavia, não se pode limitar o foco a essas mudanças, pois é necessário considerar os impactos emocionais e sociais que essa etapa do ciclo vital causa à pessoa que deu a luz, aos que a cercam e à sociedade como um todo (BARROS, 2009; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; ORSHAN, 2010; MONTENEGRO; REZENDE, 2011; WHO, 2010).

Conforme a literatura, o término do puerpério pode variar entre seis semanas a um ano e meio, considerando as alterações sofridas nas mamas durante o processo funcional de lactação, demandando cuidado efetivo e oportuno pelas equipes de saúde (BARROS, 2009; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; ORSHAN, 2010; MONTENEGRO; REZENDE, 2011; WHO, 2010).

Assim, a presença de mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais faz com que o olhar lançado pela equipe de saúde, qualificada para lidar com as diferentes situações apresentadas no puerpério, seja capaz de detectar importantes alterações que comprometam o bem-estar físico, emocional e social da mulher e do recém-nascido em cada uma das etapas do puerpério. Por conseguinte, conhecer as diferentes etapas do puerpério auxilia a elaboração de planos terapêuticos a serem adotados específicas para cada pessoa. A seguir, serão abordadas as etapas do puerpério bem como explanadas algumas considerações acerca de cada uma delas.

Para que as ações tenham um caráter efetivo e resolutivo é importante considerar a demanda de cuidados que cada etapa do puerpério requer. A literatura aponta divergências quanto a definição dessas etapas. Mello e Neme (2000) consideram como puerpério imediato as primeiras duas horas após a dequitação. Mediato o intervalo compreendido entre as duas horas após o parto até o 10º dia. Já o puerpério tardio, compreende do 11º dia após o parto permanecendo até o reinício dos ciclos menstruais em lactantes. Em não lactantes, esse período então varia de seis a oito semanas (MELLO; NEME, 2000).

Didaticamente, de modo a organizar o planejamento das ações em saúde, o Ministério da Saúde brasileiro divide o puerpério em três etapas: imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia após o parto) e remoto (após o 45º dia após o parto, com término imprevisível) (BRASIL, 2016). Essa divisão é adotada por Montenegro e Rezende (2011).

Conhecer as etapas do puerpério biológico permite aos profissionais da saúde um direcionamento das ações em cada período. Sendo assim, podemos elencar algumas peculiaridades e os cuidados demandados em cada etapa.

A primeira etapa do puerpério é caracterizada pela crise genital, predominando os acontecimentos de caráter catabólico e involutivo de estruturas que sofreram hipertrofia e hiperplasia no decorrer da gestação, bem como pelas modificações gerais referentes à regressão das alterações determinadas pelo processo gravídico. Essa etapa também é chamada de puerpério imediato, é aquela que se dá no momento logo após a dequitação da placenta e perdura até o décimo dia após o parto. Com a dequitação da placenta, também denominados de secundamento, terceiro estágio do trabalho de parto ou período de Greenberg, ocorre o desprendimento do tecido placentário da parede uterina. O período de Greenberg é definido como a primeira

hora após a dequitação. Assim, com a saída de ambos, concepto e placenta, o útero altera seu tamanho e posicionamento na pelve, em decorrência da contração e retração do miométrio (invólucro uterina). Logo, a hemostasia ocorre como resultado da redução do fluxo nos vasos uterinos e da trombose do sítio placentário (ferida placentária). O útero adquire uma consistência firme e palpável na linha média do abdome em uma posição levemente abaixo da cicatriz umbilical, medindo aproximadamente entre 15 cm e 18 cm de comprimento - globo de segurança de Pinard. A presença do globo de segurança de Pinard indica a manutenção da hemostasia, entretanto, sua ausência ou subinvólucro indica a ocorrência de processos hemorrágicos potencialmente fatais decorrentes de hipotonia ou atonia uterina ou, ainda, da retenção de tecido placentário (BARROS, 2009; MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

Nesse período a vigilância de possíveis sinais de alerta são indispensáveis para uma boa evolução do puerpério. Sendo assim, a avaliação das condições da pessoa no puerpério, realizada pela enfermagem a cada 15 minutos, é capaz de detectar complicações decorrentes da hipotonia ou atonia uterina, de um processo hemorrágico e, conseqüente, choque por meio da verificação dos sinais vitais, avaliação do tônus uterino, da quantidade e aspecto do sangramento (loquios). Deve-se atentar para sinais de sangramento abundante, flacidez uterina bem como aumento do tamanho do útero, queda de pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e sudorese (BARROS, 2009; MONTENEGRO; REZENDE, 2011; ORSHAN, 2010; SANTOS et al., 2013; TEIXEIRA et al., 2019).

A placenta e seus anexos também necessitam ser inspecionados após a dequitação. Quanto à sua integridade, é fundamental reconstituir o tecido placentário pela face materna; os cotilédones devem ser visualizados e verificados quanto à ausência de algum deles (verificada pela ocorrência de sangramento no local após ser secados com uma compressa). As membranas ovulares devem ser avaliadas para verificar se houve a sua expulsão completa. Quanto ao cordão umbilical, avalia-se a sua constituição (duas artérias e uma veia). Se a integridade da placenta e membranas não estiver com a aparência esperada, a revisão com exploração da cavidade uterina deve ser iniciada imediatamente pelo profissional que prestou a assistência durante o parto (BRASIL, 2001).

Eliminada a placenta, inicia-se uma série de transformações nos sistemas circulatório e endócrino. As glândulas mamárias adultas, em condições normais, têm

sua expansão e diferenciação anátomo-fisiológicas de forma mais significativa em decorrência da resposta aos hormônios reprodutivos durante a gravidez e a lactação, para permitir a síntese e a secreção de leite (TWIGGER et al., 2022). Sendo assim, ela é o resultado direto e natural da gravidez e do nascimento e parte integrante do processo reprodutivo que beneficia lactante e lactente simultaneamente.

A amamentação causa mudanças no organismo lactante e favorece boas condições de saúde física e emocional para a mulher, que se estenderão à sua vida futura. Ela demonstra efeito na perda de peso, representando um importante fator de proteção contra o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, cânceres de mama e ovário além de aumentar o intervalo interpartal, dessa forma contribuindo para redução da morbimortalidade materno-infantil (ADEYEMO et al., 2020; SANTOS, A et al., 2013; SANTOS, E et al., 2013; SANTOS et al., 2021; SOUSA et al., 2021; VICTORA et al., 2016).

Apesar das evidências e das recomendações existentes acerca dos benefícios do aleitamento materno e do contato pele a pele ao binômio e das evidências de que nutrízes expressam o desejo como práticas imediatas após o parto e o nascimento, há lacunas nos cuidados dispensados nessas situações após o parto. Portanto, é necessária a adoção e revisão de protocolos de atenção ao puerpério imediato, visto que, a amamentação na primeira hora de nascido representa uma chance 4,5 vezes maior naqueles recém-nascidos colocados em contato pele a pele (LUCCHESI et al., 2021). Reforça-se, ainda, o fato de que pessoas que receberam apoio no aleitamento materno na primeira meia hora após o parto possuem maiores chances de mantê-lo no domicílio. Orientar sobre as vantagens e o manejo da lactação protege contra problemas na mama, aleitamento misto, desmame precoce e favorece a amenorreia lactacional (RIBEIRO et al., 2021).

O leite materno é o alimento adequado para a criança, nutrindo-a imuno e psicologicamente (SOUSA et al., 2021). Além de conferir vantagens para o desenvolvimento físico, mental e intelectual da criança, amamentar promove, à pessoa que amamenta, a liberação de ocitocina contribuindo para a diminuição do sangramento pós-parto por meio das contrações do tecido uterino desencadeadas por esse hormônio. Em virtude dessa propriedade específica da amamentação, recomenda-se que ela seja estimulada imediatamente após o parto, independentemente do tipo de parto, para que o colostro liberado nessas primeiras horas seja ofertado ao recém-nascido. Se as condições da pessoa no pós-parto e do

recém-nascido permitirem, a criança deve ficar em contato pele a pele com a mãe, sem campos ou roupas entre eles, por pelo menos uma hora. Além de evitar a hemorragia pós-parto, o contato pele a pele promove o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido (BRASIL, 2019b).

O aleitamento materno está associado à boa saúde física e emocional da mãe não só durante o puerpério e o período de lactação, mas de toda a sua vida futura (CIAMPO; LOPES, 2018). Mulheres que amamentaram, comparadas as que não amamentaram, demonstram menor procura por atendimento médico pois diminui a incidência de câncer de seio e ovário antes do período da menopausa além de reduzir o risco de osteoporose associado à menopausa, além de terem menos sintomas relacionados a problemas emocionais (ADEYEMO et al., 2020; TURCK et al., 2013; XIA et al., 2022).

Ainda que para o aleitamento materno tenha maiores chances de sucesso com a permanência do recém-nascido junto à mãe, outros benefícios são alcançados pelo binômio com a promoção e estímulo ao alojamento conjunto (KREBS et al., 2022). O Alojamento Conjunto é assegurado via portaria do Ministério da Saúde que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido nesse ambiente, criando um espaço favorável com o apoio multidisciplinar no puerpério (BRASIL, 2016). Dentre esses benefícios destaca-se o alojamento conjunto como cenário para que ocorram ações de educação em saúde, preparando o binômio para o seguimento dos cuidados após a alta da maternidade, incluindo a identificação e solução para dificuldades na amamentação que possam surgir no puerpério imediato.

Uma revisão de literatura identificou como principal dificuldade no aleitamento materno, durante o período de pós-parto imediato no alojamento conjunto, os traumas mamilares. Esses traumas são decorrentes de características do aleitamento, da mulher, da mama, da gestação, do parto e da rede de apoio da puérpera e requerem da equipe de enfermagem conhecimento e habilidade para auxiliar no cuidado preventivo do trauma mamilar, evitando o desmame precoce (BICALHO et al., 2021; MORAIS et al., 2020).

O processo gestacional pode induzir hipertensão arterial na gestante previamente normotensa. A hipertensão na gestação poderá ser classificada como hipertensão crônica, quando persistirem níveis pressóricos aumentados, não associada à proteinúria e edema, por um período maior que 12 semanas após o parto.

Já a hipertensão gestacional, onde a pressão arterial se normaliza nas primeiras 12 semanas do pós-parto e, que apesar de transitória, tende a ser uma condição recorrente em 80% das gestações seguintes. Assim, acredita-se que pessoas gestantes são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial futuramente ou, ainda, agravar uma hipertensão já existente. A Pré-eclâmpsia, por sua vez, caracterizada como uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, é uma condição em que há hipertensão acompanhada de proteinúria e, frequentemente de edema, podendo permanecer no período pós-parto. Além dos potenciais riscos agudos a pré-eclâmpsia está associada ao desenvolvimento futuro de doença aterosclerótica e síndrome metabólica, portanto pessoas com pré-eclâmpsia são elegíveis para triagem e intervenção de risco para um acompanhamento efetivo com a finalidade de reduzir as chances de complicações desde o pré-natal estendendo-se ao puerpério e além, requerendo constante vigilância em saúde (BARR et al., 2022; BRASIL, 2013; MURPHY; VIGNARAJAH; SMITH, 2014).

O diabetes gestacional (DMG) está associado às complicações na saúde do binômio, incluindo aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro, cesariana, macrossomia, hipoglicemia neonatal e morte perinatal, requerendo, portanto, uma avaliação e ou intervenção clínica apropriada para pessoas diagnosticadas com DMG para garantir resultados ideais (BILLIONNET et al., 2017; VÄÄRÄSMÄKI, 2016; WENDLAND et al., 2012).

Embora o metabolismo do açúcar no sangue normalize após o término da gestação, em muitos casos, as pessoas afetadas pelo diabetes gestacional têm um risco significativamente aumentado de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 (DM2) durante a vida (VOUNZOULAKI et al., 2020). Considerando que o diabetes gestacional é um indicador preditivo de desenvolvimento de diabetes futuramente, há a necessidade de sejam feitas recomendações e orientações quanto à necessidade de investigação periódica da pessoa no puerpério para tal enfermidade (FORTI et al., 2019). É essencial reavaliar a tolerância à glicose a partir sexta semana após o parto, com glicemia de jejum ou com um teste oral de 75g de glicose (FORTI et al., 2019; PEREIRA, 2014).

Dentre os fatores associados à identificação de diabetes no pós-parto estão aquelas pessoas que, obviamente, comparecem à consulta de pós-parto de rotina (BRASIL, 2013; BROWN, S.D. et al., 2022). A ausência de consulta no pós-parto é

uma oportunidade perdida em uma população de alto risco para detectar intolerância à glicose, dessa forma, intervenções apropriadas para prevenir a progressão para diabetes não podem ser iniciadas (LINNENKAMP et al., 2022). Um cuidado individualizado, considerando as características da população atendida pode favorecer uma conduta adequada às necessidades dos sujeitos e melhor apoiá-los na compreensão de sua condição (LANGARICA et al., 2022).

A atenção ao binômio no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde de ambos. É necessário, portanto, que a eESF e ou eAP esteja qualificada para identificar sinais de sangramentos anormais, presença de infecções ou sinais flogísticos tanto em uma possível episiotomia ou laceração, quanto na ferida operatória nos casos de parto cesáreo, problemas com as mamas e dificuldades com a lactação entre outros (BRASIL, 2013).

No Brasil, dentre as ações em saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica para o ciclo gravídico-puerperal, destaca-se a visita domiciliar entre 7 e 10 dias após o parto e a consulta de puerpério entre o 30º e 42º dias passados o momento do parto (BRASIL, 2013; UFMA/UNA-SUS, 2015).

A revisão pós-parto, que no âmbito da Rede Cegonha deve ocorrer na primeira semana após o parto, é um momento único de identificação de fatores de risco à mortalidade materna de causas diretas e indiretas e requer das equipes de saúde o emprego de ações que visem à captação de pessoas no puerpério. No entanto, a literatura, apesar de escassa sobre o assunto, aponta baixas prevalências de consulta de puerpério na primeira semana (OLIVEIRA et al., 2020; SILVA et al., 2016; SILVA et al., 2020), variando de 42,1% (SILVA et al., 2016) a 54,5% (SILVA et al., 2020).

Mesmo com as alterações das políticas de saúde materno-infantil ocorridas nos últimos meses do ano de 2022, com a substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materno-Infantil (Rami), as ações estratégicas de acompanhamento pela equipe multiprofissional, garantindo consulta de puerpério até o 7º dia do pós-parto permanece (BRASIL, 2022). Todavia, baixas prevalências desse tipo de consulta foram observadas ao longo do período de vigência da Rede Cegonha, porém evidenciando que mulheres que receberam a visita domiciliar do agente comunitário de saúde (ACS), de equipes participantes do terceiro ciclo do PMAQ-AB, durante a primeira semana pós-natal tiveram 4,81 mais chance (IC95%: 4,50-5,14) de realizar consulta puerperal nos primeiros dez dias do pós-parto (BARATIERI et al., 2022).

Durante a visita domiciliar, os profissionais de saúde devem, entre outros, avaliar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido; orientar e oferecer apoio à família no processo de amamentação; identificar situações de risco ou intercorrências, conduzindo a assistência; orientar o planejamento familiar e, por fim, agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto (BRASIL, 2013).

Embora o endométrio regenere-se na terceira semana após o parto, com exceção da ferida placentária cuja regeneração completa se dá entre a sexta e oitava semana pós-parto, são necessárias orientações quanto ao retorno da atividade sexual, que se dá por volta do 20º dia após o parto, no entanto devem ser tomados cuidados quanto à anticoncepção, evitando assim uma gravidez recorrente (BRASIL, 2013; MONTENEGRO; REZENDE, 2011). Cabe salientar que cuidados acerca da prevenção de IST também devem ser recomendados uma vez que a incidência de infecção após o parto demonstrou ser maior em mulheres que contraíram uma IST na gravidez em comparação com aquelas com IST anterior à gestação ou sem IST durante a gestação (WHEELER et al., 2012). Ações para oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para puérperas não aconselhadas e testadas durante a gestação e o parto também devem ser realizadas (BRASIL, 2013).

Como visto anteriormente, a amamentação tem inúmeros benefícios à lactante, dentre eles a amenorreia lactacional. Decorrente das altas taxas de prolactina no organismo que permanecem acima do normal até que a frequência e a duração da sucção diária diminuam e permitam a retomada da função menstrual, dessa forma prolongando os intervalos entre as gestações, a amenorreia lactacional é um importante componente de planejamento familiar (CALIK-KSEPKA et al., 2022).

No entanto, quando o efeito inibidor da fertilidade produzido pela amenorreia lactacional deixa de ser eficiente, ou quando a mulher deseja utilizar um outro método associado, é necessário ofertar à mulher um método que não interfira na amamentação, considerando os métodos não hormonais como o dispositivo intra-uterino (DIU), os métodos de barreira ou, ainda, a anticoncepcional hormonal, oral ou injetável, apenas de progestógenos após a sexta semana de puerpério (BRASIL, 2013).

A atividade física (AF) no puerpério, assim como durante a gestação, é segura e deve ser incentivada se não houver contra-indicação. Todos os profissionais de saúde devem oferecer apoio às mulheres que desejam engravidar encorajando a

autonomia para tomada de decisão compartilhada sobre sua atividade/exercício físico durante e após a gravidez.

Os profissionais de saúde que prestam assistência durante o processo gravídico-puerperal devem estar familiarizados com as contraindicações, sinais e sintomas que sugerem que a atividade/exercício físico devam ser modificados ou evitados (BRASIL, 2016).

Como o puerpério precoce direciona seu foco à recuperação do parto e os cuidados com o bebê, a importância de retomar a atividade física nesse período muitas vezes não é esclarecida para as mulheres, muitas das quais precisam de orientação para iniciar ou retomar a atividade física (EVENSON et. al., 2014; MINIG et. al, 2009).

Exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular devem ser realizadas de acordo com cada etapa no puerpério. Os exercícios respiratórios recomendados no puerpério imediato visam aumentar a expansibilidade torácica. Um exemplo disso é inspirar o ar pelo nariz e expirar pela boca. Também são importantes, ainda nesse período, as orientações quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar a eliminação de gases) que devem ser incentivadas, assim como a deambulação precoce, que possui, como uma das finalidades, evitar posturas antálgicas, que possam ocasionar dor musculoesquelética (BRASIL, 2016).

A estase venosa pode ser evitada realizando exercícios metabólicos, os quais auxiliam no impedimento da ocorrência de edema. Assim, é recomendado à mulher que, em uma postura sentada, com apoio lombar e com as pernas estendidas, movimente os pés fletindo-os e estendendo-os, alternando com movimentos de circundação por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia. Exercícios ativos de membros superiores e membros inferiores podem ser associados aos exercícios respiratórios citados acima a fim de favorecer a motilidade gastrointestinal, entretanto, em caso de parto cesárea, deve-se evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura (BRASIL, 2016).

No puerpério tardio, são recomendados exercícios para o assoalho pélvico que devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento. Aqui são indicados os exercícios de Kegel, que consiste na realização de contração da musculatura pélvica simulando segurar a urina, mantendo por cinco segundos e relaxando após três vezes ao dia. Ainda nesse período, a pessoa no puerpério pode ser avaliada para início gradual de exercícios de

fortalecimento da musculatura abdominal, iniciando-se com transverso, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal (BRASIL, 2016).

Já no puerpério remoto, além dos exercícios recomendados para o puerpério tardio, pode-se inserir outros exercícios de reeducação postural e ganho de força muscular abdominal, estímulo ao condicionamento físico bem como o relaxamento, observando a intensidade e frequência, que devem ser tolerados pela pessoa no puerpério por meio de sua avaliação (BRASIL, 2016).

As diretrizes atuais de AF afirmam que retornar aos padrões de exercícios pré-gestacional ou promover novos exercícios no pós-parto é um fator preditivo para estabelecer comportamentos saudáveis ao longo da vida (BRASIL, 2021; BROWN et al., 2022b). A Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte recomenda que os exercícios no puerpério, não existindo complicações, devem iniciar após 30 dias do parto normal e 45 dias após a cesariana, com os mesmos princípios utilizados para a prescrição de exercícios na população em geral (LEITÃO et al., 2000).

Todavia, a maioria das recomendações sugere a retomada gradual das rotinas de exercícios após o parto, com uma variação de tempo de dias a seis semanas após o parto (EVENSON et al., 2014). São recomendados 150 minutos semanais de exercícios moderados (BRASIL, 2021; WOLPERN et al., 2021). Já os exercícios físicos para o fortalecimento dos músculos que sustentam os órgãos da pelve devem ser iniciados após o período pós-parto, ou seja, após seis semanas pós-natal (BRASIL, 2021).

A interação com a família e dos pares com a mulher no puerpério representa um importante fator para um puerpério saudável. Isso pode ser percebido na lactação, onde esse apoio torna-se indispensável à medida que a sua ausência, interfere negativamente do sucesso do aleitamento, denotando a falta de informações apropriadas e/ou conflitantes dos profissionais de saúde aos diferentes arranjos familiares, repercutindo diretamente em restrições à participação plena dos pares no suporte à amamentação (CHETWYND; FACELLI, 2019; OGBO et al., 2019; SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005).

4.1.2 Diretrizes internacionais e nacionais para a assistência qualificada no puerpério

A OMS recomenda que, para aquelas mulheres em que o parto ocorreu em uma unidade de saúde, tanto às mães quanto os recém-nascidos recebam cuidados pós-natal na unidade por pelo menos 24 horas após o nascimento. Para mulheres que tiveram parto domiciliar, o primeiro contato pós-natal deve ser o mais cedo possível, desde que dentro das 24 horas após o nascimento. Dando sequência à assistência puerperal, pelo menos três contatos pós-natais adicionais são recomendados para todas as mães e recém-nascidos: no terceiro dia após o nascimento (48–72 horas) e entre o sétimo e 14º dia após o nascimento, além de um outro contato que deve ser estabelecido com seis semanas após o nascimento (WHO, 2013). Apesar dessa recomendação ser considerada de grande peso, baseada em evidências de qualidade moderada para recém-nascidos, para mães ela é de evidências de baixa qualidade mas mesmo assim, vem sendo utilizada como padrão de número de contatos da equipe de saúde com o binômio mãe-bebê. Vários são os estudos em que observaram esse padrão para acesso ao serviço de saúde materno-infantil no período puerperal (BANKE-THOMAS et al., 2017; DUTAMO; ASSEFA; EGATA, 2015; FAN et al., 2017; KHAKI; SITHOLE, 2019; RAI; SINGH; SINGH, 2012; TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014).

Além das avaliações que a puérpera deve receber, as recomendações da OMS elencaram uma série de ações serem executadas por profissionais de saúde, conforme o transcorrer do puerpério (Quadro 1).

Primeiras 24h após o parto	<p>Todas as mulheres no pós-parto devem ter avaliação regular de sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo, temperatura e frequência cardíaca rotineiramente durante as primeiras 24 horas, começando na primeira hora após o nascimento.</p> <p>A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento. Se normal, a segunda medição da pressão arterial deve ser feita dentro de seis horas.</p> <p>A eliminação da urina deve ser documentada dentro de seis horas.</p>
Após as 24h do parto	<p>Em cada contato pós-natal subsequente, as avaliações devem continuar a serem feitas acerca do bem-estar geral e ainda: eliminação espontânea da diurese e incontinência urinária, função intestinal, cicatrização de qualquer ferida perineal, dor de cabeça, fadiga, dores nas costas, dor perineal, higiene perineal, dor mamária, sensibilidade uterina e lóquios.</p> <p>O progresso da amamentação deve ser avaliado em cada contato pós-natal.</p> <p>Em cada contato pós-natal, as mulheres devem ser questionadas sobre seu bem-estar emocional, que apoio familiar e social elas têm e suas estratégias usuais de enfrentamento para lidar com as questões do dia a dia.</p> <p>Todas as mulheres e suas famílias / parceiros devem ser encorajados a contar à equipe de saúde sobre quaisquer mudanças no humor, estado emocional e comportamento que estejam fora do padrão normal da mulher.</p>
Do 10º ao 14º dia do pós-parto	<p>Todas as mulheres devem ser questionadas sobre a resolução da depressão pós-parto leve e transitória (“tristeza materna”). Se os sintomas não foram resolvidos, o bem-estar psicológico da mulher deve continuar a ser avaliado para depressão pós-parto e, se os sintomas persistirem, avaliados.</p> <p>As mulheres devem ser observadas quanto a quaisquer riscos, sinais e sintomas de violência doméstica.</p> <p>As mulheres devem ser informadas a quem contatar para aconselhamento e tratamento.</p> <p>Todas as mulheres devem ser questionadas sobre a retomada da relação sexual e possível dispareunia como parte de uma avaliação do bem-estar geral duas a seis semanas após o nascimento.</p> <p>Se houver qualquer problema de preocupação em qualquer contato pós-natal, a mulher deve ser tratada e / ou encaminhada de acordo com outras diretrizes específicas da OMS.</p>
Sexta semana após o nascimento	Contato com profissionais de saúde.

Quadro 1 – Conteúdo do cuidado pós-natal para as mulheres conforme a OMS. Fonte: WHO (2013) – adaptado pela autora.

A OMS (WHO, 2013) ainda elenca uma série de questões acerca de quais pontos devem ser considerados nos cuidados puerperais às mulheres, tais como:

(1) Quais são as avaliações para reduzir a mortalidade e morbidade materna? (2) O uso de suplementos alimentares em mulheres sem anemia após o parto vaginal reduz a ocorrência de anemia pós-parto? (3) Quais são as intervenções preventivas para redução da mortalidade e morbidade por sepse entre as mulheres de baixo risco após parto vaginal? (4) O uso de antibióticos reduz a ocorrência de endometrite entre as mulheres de baixo risco após parto vaginal? (5) O uso de antibióticos reduz a ocorrência de complicações da ferida perineal entre as mulheres de baixo risco que

sofreram laceração perineal de terceiro ou quarto grau após parto vaginal? (6) Quais são as intervenções preventivas para reduzir a depressão pós-parto entre as mulheres de baixo risco após o parto vaginal?

Sendo assim, as recomendações elaboradas acerca dessas e de outras questões sobre o puerpério e as consequentes condutas a serem adotadas são descritas a seguir.

Dentre essas condutas é essencial que todas as mulheres sejam informadas sobre o processo fisiológico de recuperação após o parto, enfatizando que alguns problemas de saúde são comuns e são encorajadas a relatar quaisquer problemas a um profissional de saúde, em particular aqueles em que houver/apresentar:

1. Sinais e sintomas de hemorragia puerperal (perda sanguínea súbita e profusa ou perda sanguínea aumentada persistente; desmaio; tontura; palpitações/taquicardia);
2. Sinais e sintomas de pré-eclâmpsia/eclâmpsia (dores de cabeça acompanhadas por um ou mais dos sintomas de distúrbios visuais, náuseas, vômitos, dor epigástrica ou no hipocôndrio, sensação de desmaio, convulsões que ocorrerem nos primeiros dias após o nascimento);
3. Sinais e sintomas de infecção (febre; tremores; dor abdominal e/ou perda vaginal ofensiva);
4. Sinais e sintomas de tromboembolismo (dor unilateral na panturrilha; vermelhidão ou inchaço das panturrilhas; falta de ar ou dor no peito).

Além dessas recomendações, a OMS enfatiza que os profissionais de saúde devam aconselhar as mulheres sobre nutrição, incluindo a suplementação de ferro e ácido fólico que deve ser fornecida por pelo menos três meses após o parto. Rotinas de higiene, especialmente a lavagem das mãos deve ser incluídas nas orientações, objetivando a prevenção de possíveis infecções.

O espaçamento entre partos e o planejamento familiar é recomendado, em vista disso, este é o momento em que as opções contraceptivas devem ser discutidas e os métodos contraceptivos devem ser fornecidos ou solicitados. Nesse momento vale ressaltar a importância da abordagem pelo profissional de saúde sobre as práticas de sexo seguro, incluindo o uso de preservativos. Ainda, em áreas endêmicas de malária, orientações sobre a prevenção devem ser incluídas na rotina encorajando o uso mosquiteiros impregnados de inseticida por mães e bebês. Todas as mulheres devem ser encorajadas a se movimentar de maneira apropriada após o parto,

incluindo a realização de exercícios leves bem como obter um tempo para descansar durante o período pós-natal. O apoio psicossocial por uma pessoa treinada é recomendado para a prevenção da depressão pós-parto em mulheres com alto risco de desenvolver essa condição (WHO, 2013).

No Brasil, na atenção básica, de 2011 a meados de 2022 a Rede Cegonha foi a estratégia que estruturou e organizou a atenção à saúde materno-infantil em todo o território nacional influenciando a elaboração do Caderno de Atenção Básica nº 32 Pré-Natal de Baixo Risco (CAB 32), manual técnico que tem como referência os marcos normativos para atenção à saúde ao ciclo gravídico-puerperal (RODRIGUES; TAVARES; SANTOS; SILVA, 2017). Ainda vigente, o Manual Técnico de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco pertence às Normas e Manuais Técnicos. Importante contribuição para a contínua melhoria do acesso e da qualidade na AB, no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha, o CAB 32 orienta a conduta da equipe multiprofissional de questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal de risco habitual. Assim, ele aborda a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde a aspectos do planejamento da assistência à saúde da gravidez ao puerpério (BRASIL, 2013).

No âmbito da Rede Cegonha recomenda-se a implantação de estratégias em saúde onde são realizadas atividades direcionadas à saúde das puérperas e do recém-nascido, a chamada Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI). Após a saída da maternidade, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, além de uma visita domiciliar que deve ser realizada pela equipe de saúde originária do território da puérpera usuária, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar. Uma vez que as intercorrências pós-natais ocorrem de forma expressiva durante a primeira semana pós-natal, a visita domiciliar e a presença do binômio ao serviço de saúde deve acontecer entre o 7º e o 10º dias após o parto para avaliar o estado de saúde da mulher, bem como do recém-nascido, orientar sobre o planejamento familiar e agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto, entre outros (BRASIL, 2013; RODRIGUES; TAVARES; SANTOS; SILVA, 2017). O Quadro 2 lista as ações de saúde relacionada à puérpera recomendadas pelo CAB 32 (BRASIL, 2013).

Anamnese:

- Verifique o Cartão da Gestante e pergunte à mulher questões sobre:
- As condições da gestação;
- As condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- Os dados do parto (data; tipo de parto; se parto cesárea, qual indicação deste tipo de parto);
- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização de Rh);
- Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis e HIV durante a gestação e/ou o parto;
- O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).
- Pergunte a ela como se sente e indague questões sobre:
- Aleitamento (frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- Alimentação, sono, atividades;
- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- Sua condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- Sua condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas).

Avaliação clínico-ginecológica:

- Verifique os dados vitais;
- Avalie o estado psíquico da mulher;
- Observe seu estado geral: a pele, as mucosas, a presença de edema, a cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e os membros inferiores;
- Examine as mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- Examine o abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examine o períneo e os genitais externos (verifique sinais de infecção, a presença e as características de lóquios);
- Verifique possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor no baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicite avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- Observe a formação do vínculo entre a mãe e o filho;
- Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, oriente a mulher quanto à ordenha manual, ao armazenamento e à doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);
- Identifique os problemas e as necessidades da mulher e do recém-nascido com base na avaliação realizada.

Conduas:

- Oriente a puérpera sobre:
- Higiene, alimentação, atividades físicas;
- Atividade sexual, informando-a a respeito de prevenção de DST/Aids;
- Cuidados com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
- Cuidados com o recém-nascido;
- Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Oriente a puérpera sobre o planejamento familiar e a utilização de método contraceptivo, se for o caso:
- Dê a ela uma informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
- Explique a ela como funciona o método da LAM (amenorreia da lactação);
- Se a mulher não deseja ou não pode usar a LAM, ajude-a na escolha de outro método;

- Disponibilize o método escolhido pela mulher com instruções para o seu uso, dizendo-lhe o que deve ser feito se o método apresentar efeitos adversos e dando-lhe instruções para o seguimento;
- Aplique vacinas (a dupla tipo adulto e a tríplice viral), se necessário;
- Ofereça teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- Prescreva suplementação de ferro: 40mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
- Trate possíveis intercorrências;
- Registre informações em prontuário e insira as informações do puerpério no SisPreNatal.
- Oriente que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização. No entanto, devem ser tomadas providências quanto à anticoncepção.
- Oriente à mulher que quiser engravidar novamente, que o ideal é que aguarde cerca de dois anos. É sabido que a gravidez recorrente em um curto espaço de tempo entre elas aumenta o risco de problemas de saúde tanto para a mãe quanto para a criança. Este intervalo de tempo de dois anos entre uma gestação e outra é necessário para que o organismo possa se restabelecer por completo, evitando complicações para o futuro bebê (como prematuridade e baixo peso) e para a própria mãe (como anemia, debilidade física ou hemorragia).

Quadro 2 - Ações de saúde relacionada à puérpera recomendadas pelo CAB 32. Fonte: Brasil (2013) - adaptada pela autora.

Além de enfatizar a necessidade de uma consulta de controle pós-parto até o 42º dia após o desfecho da gestação, o CAB 32 ressalta a importância desse controle na saúde da mulher não apenas para identificar e monitorar eventuais problemas relacionados à gestação e seu término, mas também para demais problemas de saúde que essa mulher possa vir apresentar e que, pelo processo de gestação, possa ser agravado. Nesta consulta são repassadas orientações sobre os cuidados com a amamentação além de cuidados relacionados à vida reprodutiva, sexualidade e demais cuidados consigo e com o bebê (BRASIL, 2013). Caso a mulher tenha passado pelas ações da PSSI, uma nova reavaliação das condições de saúde da mulher e do recém-nascido deve ser realizada, registrando as alterações, a investigação e o registro da amamentação, o retorno à menstruação e à atividade sexual, a ações educativas e a conduta de possíveis intercorrências no transcorrer do período. Nessa consulta, ainda são abordados com a mulher os aspectos emocionais do puerpério (BRASIL, 2013).

É importante que o profissional da AB dê especial atenção aos sinais e sintomas cuja apresentação tenha um caráter de mais desestruturantes e que fujam da adaptação esperada característica do puerpério, momento em que quadros de sofrimento mental possam instalar-se ou agravar-se. O sofrimento mental pode apresentar formas mais brandas, como o *baby blues*, ou mais graves, como o transtorno psicótico puerperal, e depende de fatores como o contexto

socioeconômico, o suporte familiar e as peculiaridades de cada mulher. Esses transtornos devem ser diagnosticadas e manejadas precocemente, com o objetivo de auxiliar a relação mãe-bebê de forma satisfatória no âmbito familiar, social, físico e psicológico (BRASIL, 2013).

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família, pela sua característica peculiar de conhecer as mulheres que realizaram o acompanhamento de pré-natal do seu território de atuação e, portanto, conhecem os fatores de risco para o sofrimento mental puerperal, devem oferecer a consulta de puerpério na primeira semana após o nascimento do bebê, atuando assim de forma preventiva ao acompanhar as puérperas que desenvolvam transtornos mentais puerperais. Casos que necessitem de suporte multiprofissional devem ser encaminhados ao NASF ou ao CAPS entre outros serviços que ofereçam apoio e referência para tratamento de transtornos mentais, permanecendo a ESF como responsável pela coordenação do cuidado à mulher e à sua família (BRASIL, 2013).

4.1.3 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

A história da saúde da mulher como política de saúde no Brasil teve seu início ainda no século XX. Apesar de recente, era restrita ao ciclo gravídico-puerperal e, portanto, sob um ponto de vista que desconsidera a mulher como um ser integral cujas necessidades de saúde vão além daquelas centradas nos papéis de mulher como genitora e responsável pelo lar. Essa visão reducionista permaneceu por todo o século, com a predominância de um modelo hegemônico, centralizado e fragmentado cuja verticalização das ações resultou em um impacto insatisfatório de indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Os movimentos sociais, por meio da ação coletiva orienta como tratar problemas coletivos, corrigir injustiças, incidir sobre fontes de descontentamento como a expressão de apoio a certos valores ou princípios morais. Assim, um processo de movimento social está presente quando atores, tanto individuais como organizados, engajam-se na busca de objetivos comuns. (DIANI; BISON, 2010). O movimento de mulheres foi fundamental para que houvesse uma mudança nas perspectivas da saúde da mulher, onde a pauta abordaria então, questões sobre sexualidade, anticoncepção, desigualdades nas condições de vida e de relação de gênero e do

papel da mulher na sociedade que são causas de adoecimento e de grande impacto na qualidade de vida dessa população não apenas a saúde reprodutiva. Organizadas, as mulheres reivindicaram, portanto, sua condição de sujeito de direito e direitos reprodutivos, cujas necessidades extrapolam o momento da gestação e do parto, requerendo ações em saúde que lhes proporcionariam melhores condições de saúde abrangendo todos os ciclos de suas vidas e, ainda, considerassem as peculiaridades de diferentes grupos populacionais, atentando aos mais diversos determinantes e condicionantes em saúde, ressaltando a autonomia das mulheres sobre as questões reprodutivas (BRASIL, 2004; COSTA, 2009; SOUTO; MOREIRA, 2021).

Em 1984, em meio ao Movimento Sanitário no Brasil, o Ministério da Saúde divulgou oficialmente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporando princípios e diretrizes mais tarde incorporados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde a integralidade e a equidade da atenção agregavam ações de caráter descentralizado, hierarquizado e regionalizado atendendo as diversas demandas em saúde oriundas das diferentes regiões do país, de modo a arquitetar a estrutura inicial do SUS. (BRASIL, 2004; COSTA, 2009; SOUTO; MOREIRA, 2021). Nos anos de 1980, em um contexto de intensa insatisfação com as condições de trabalho, com a condução política entre outros aspectos político-econômicos e sociais, o período de transição à democracia a mobilização de determinados movimentos sociais, incluindo a do movimento de mulheres, se intensificou. A participação feminista política e de sanitaristas mulheres comprometidas com a necessidade de mudanças no sistema de saúde do país foi de extrema importância na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, permitindo a compreensão e o reconhecimento de questões acerca das especificidades em saúde das mulheres e resultando na convocação imediata da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, ocorrida no mesmo ano, reafirmou e detalhadamente as diretrizes das políticas de saúde da mulher em harmonia com o PAISM, assim transformando-as em resoluções programáticas.

A ampliação do conceito de saúde e da extensão das questões acerca da saúde da mulher, retira a mulher do confinamento à condição de reprodutora e instala uma nova ordem entre as relações do Estado, governo e sociedade. Por fim, o PAISM, por meio de suas bases filosóficas, foi o responsável por introduzir outros conceitos na atenção à saúde da mulher, tais como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações de educação articuladas ao

programa (COSTA, 2009; SOUTO; MOREIRA, 2021; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). O novo programa para a saúde da mulher incluía todos os níveis de atenção, contemplando ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011b).

Apesar dos avanços obtidos na saúde, ainda nos anos 2000 a mortalidade materna ainda permanecia como um grave problema social. De 1990 a 2011, houve uma expressiva queda na taxa de mortalidade materna brasileira reduzindo 55% sua ocorrência, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos (IPEA, 2014). A queda das taxas de morte materna se deve fundamentalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas, que são aquelas que ocorrem durante a gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2013).

Assim, o Brasil alinhado às intenções da Organização das Nações Unidas (ONU) que, em conjunto com os Estados-Membros, comprometeram-se a trabalhar a série de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A proposta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5) foi de melhorar a saúde materna. Para isso duas metas globais deveriam ser atingidas até o ano de 2015. Foram elas: reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990 e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (IPEA, 2014; WHO, 2015).

Dessa forma, considerando que o acesso de pessoas gestantes e recém-nascidos a uma assistência digna e de qualidade no decorrer do ciclo gravídico-puerperal são direitos inalienáveis da cidadania e que a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país eram urgentes, no ano de 2000 o Governo Federal do Brasil institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do SUS (BRASIL, 2000a).

O PHPN foi estabelecido por meio da Portaria do Gabinete Ministerial nº 569 de 01 de junho de 2000, tendo como objetivo assegurar a atenção de qualidade às mulheres na gestação, parto, puerpério e período neonatal (BRASIL, 2000a). Na mesma data, por meio da Portaria do Gabinete Ministerial nº 570, que institui o Componente I do PHPN no âmbito do SUS, com o objetivo de fomentar a qualidade do acompanhamento de pré-natal, promovendo o cadastramento das gestantes

assistidas nas unidades de saúde por meio de repasse financeiro dos valores atribuídos conforme as ações aplicadas. Assim, cada gestante captada ao pré-natal até o quarto mês de gravidez geraria um incentivo de R\$ 10,00 ao município por meio de transferência fundo-a-fundo (BRASIL, 2000a). O PHPN estabeleceu parâmetros quantitativos mínimos ao cuidado prestado às gestantes pelo município: início precoce do acompanhamento de pré-natal, número mínimo de seis consultas, imunização contra o tétano, duas rotinas de exames básicos e sorologia para sífilis e HIV, sendo a consulta puerperal prevista até o 42º dia pós-parto, gerando um incentivo de R\$ 40,00, concluindo assim o pré-natal (BRASIL, 2000b).

Diante dos indicadores que ainda demonstravam que os índices de mortalidade materna preconizados pelo ODM 5 estavam aquém de ser alcançados, foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2011, visando garantir o acesso a cobertura e o atendimento qualificado às pessoas gestantes e às crianças até dois anos de idade, a Rede Cegonha nasceu em decorrência do diagnóstico de que a morbidade e mortalidade materna e infantil permaneciam elevadas à época. Além disso a prevalência da medicalização do nascimento e o uso de tecnologias sem evidências científicas e que não consideram a gestante como protagonista do processo de gestação e parto foi relevante para que o modelo de atenção ao período gravídico-puerperal fosse analisado e atualizado afim de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a; CAVALCANTI et al., 2013).

A Rede Cegonha, que foi instituída no âmbito do SUS, consiste em uma rede de cuidados que objetiva assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, à gestação, ao parto e ao puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

Assim, o trabalho da Rede Cegonha alicerça-se na oferta da assistência desde o planejamento até o período pós-parto (puerpério), organizado a partir de quatro componentes: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação, onde cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

Ao que se refere ao puerpério, o componente traz as seguintes ações: (a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; (b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar

na primeira semana após a realização do parto e nascimento; (c) busca ativa de crianças vulneráveis; (d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; (e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e (f) orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011a). As ações se darão mediante aos Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, para o repasse de recursos, bem como, para o monitoramento e a avaliação da implementação da rede (BRASIL, 2011a).

Além das ações propriamente ditas, a portaria que institui a Rede Cegonha prevê o financiamento de ações, de modo a garantir recursos para o custeio para a construção, ampliação, reforma, compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto (BRASIL, 2011a).

Em meio a intensas modificações na organização das políticas de saúde estiveram as alterações nas diretrizes de atenção à saúde materna e infantil. A Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022 altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Coordenada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, a Rami consiste em assegurar o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, durante o pré-natal, gestação, perda gestacional, parto e puerpério; e ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2022).

Apesar de mencionar como ação estratégica do componente I da APS o acompanhamento multiprofissional, garantindo consulta puerperal até o 7º dia pós-parto a referida portaria não menciona o retorno da puérpera ao serviço de saúde aos 42 dias do pós-parto (BRASIL, 2017; 2022).

O monitoramento e a avaliação da Rami que serão realizados a cada ano pelo Ministério da Saúde, por meio de avaliação de indicadores de desempenho do programa Previne Brasil para o ano de 2022 exclui a consulta de puerpério. PHPN inclui a consulta de puerpério como indicador de processo (BRASIL, 2000a) e, assim, considera que o encerramento do acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-

puerperal, deve acontecer após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério (BRASIL, 2006).

4.1.4 Políticas Públicas de Saúde

Segundo a OMS (1989) garantia de qualidade da assistência em saúde significa o cumprimento de padrões considerados adequados de serviços prestados a todas as pessoas, em níveis de atenção exigidos e indispensáveis à demanda por atendimento. Avaliar a qualidade dos serviços em saúde envolve o monitoramento das condições dos mesmos objetivando a melhora dos resultados e da eficácia (WHO, 1989).

O PMAQ-AB, instituído em 2011 no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Teve como principal objetivo incentivar a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica em saúde prestada à população e garantir um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regional e local de maneira transparente e efetiva das ações governamentais direcionadas à atenção básica, concedendo maiores valores federais aqueles que alcançam os indicadores de saúde firmados entre o município e a União (BRASIL, 2011c, 2015).

O Programa é fruto dos esforços pela expansão da cobertura e da ampliação do acesso aos serviços de saúde de qualidade que foram articulados ao empenho por uma melhoria constante da qualidade de serviços de saúde, do processo de trabalho e da gestão, além das ações ofertadas aos usuários do SUS por meio da Estratégia de Saúde da Família, estratégia prioritária de expansão e de consolidação da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2015).

Dentre as diretrizes do PMAQ-AB está a presença de um parâmetro de comparação entre as equipes, considerando as diferentes realidades de saúde, assegurando assim, a possibilidade de comparação entre as ações de saúde ofertadas por diferentes serviços da atenção básica, respeitando todos os contextos de diferentes regiões do país (BRASIL, 2015). Assim, o PMAQ-AB é uma ferramenta que permite a avaliação dos serviços de saúde prevendo a participação de gestores, profissionais e usuários de unidades que aderem ao Programa (BRASIL, 2017). A ideia da adesão voluntária ao PMAQ-AB, assim como a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB, pressupõe o protagonismo

dos atores envolvidos durante o processo de implementação do programa além de motivar trabalhadores e gestores a se perceberem essenciais para o êxito do processo (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB, logo que lançado, foi estruturado em quatro fases que se complementam e que conformaram um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: (1) Adesão e contratualização/recontratualização; (2) Desenvolvimento; (3) Avaliação externa e (4) Recontratualização. Essa formação se manteve nos ciclos I (2012) e II (2014). Já no ciclo III (2017) o Programa passou a ser composto por 3 fases: Adesão e contratualização, Certificação e Recontratualização, sendo a fase de desenvolvimento transformada em um eixo estratégico transversal do programa, organizadas de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do programa (BRASIL, 2015, 2017). Os indicadores do PMAQ foram classificados em três categorias de acordo com a forma de mensuração: por meio de autoavaliação, monitoramento de rotina ou avaliação externa (KOVACS et al., 2021).

A adesão ao programa era feita, de forma voluntária, pelas equipes de saúde que, a depender do seu padrão de qualidade, após avaliação do PMAQ-AB, receber incentivo financeiro. Com abrangência em todo o país e por quase uma década, o PMAQ-AB permitiu avaliar, nos ciclos I (2012), II (2014) e III (2017), a estrutura das unidades básicas de saúde, o processo de trabalho das equipes de saúde e a atenção referida pelos usuários dessas unidades (BRASIL, 2011c, 2017).

A comparabilidade é uma característica indispensável para que haja um processo avaliativo. No Brasil, o PMAQ-AB, por meio da proposta de ofertar serviços em saúde na atenção básica com padrão de qualidade buscou avaliar a expansão da Estratégia de Saúde de Família por meio da avaliação da estrutura, processo e resultado das unidades e equipes de saúde tanto vinculadas à estratégia quanto às chamadas equipes parametrizadas. Essas equipes foram avaliadas em três momentos: (1) a autoavaliação que, como o próprio nome sugere, era realizada pelas equipes de saúde; (2) a avaliação externa, realizada por instituições de ensino superior do país que permitiu a análise dos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Assegura-se, portanto, por meio da universalidade, princípio do Sistema Único de Saúde, o acesso de todos aos serviços de saúde para a promoção, prevenção, tratamento e

reabilitação em saúde, teoricamente. Porém, o acesso aos serviços de saúde materno-infantil, especificamente à consulta de puerpério, tema deste projeto de tese, não alcança à todas as mulheres que passam pelo ciclo gravídico-puerperal, deixando lacunas de assistência na RAS, comprometendo outros dois princípios: a integralidade e a equidade e, sobretudo a longitudinalidade e a continuidade da assistência à saúde de qualidade, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças e agravos à saúde sensíveis à atenção primária. O período pós-parto representa uma oportunidade vital durante a qual os cuidados para doenças não obstétricas, como doenças não transmissíveis e problemas de saúde mental, podem ser instituídos e / ou mantidos (WHO, 2019).

Universalizar a revisão do parto, por meio de ações que integram a visita de um membro da equipe de saúde ao domicílio da puérpera durante a primeira semana de vida do bebê, pode tornar possível tanto o aumento da cobertura quanto da qualidade, por meio da realização da totalidade das ações previstas oficialmente. No entanto, as baixas prevalências de consulta de puerpério demonstram as lacunas de ações intersetoriais que comprometem a qualidade da assistência à saúde dessas mulheres (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Após o término do ciclo III do PMAQ-AB, que ocorreu no ano de 2019 (KOVACS et al., 2021), o Governo Federal, por meio da Portaria Ministerial nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, lançou o novo modelo de financiamento para a atenção básica, o Previner Brasil. Em vigor a partir do ano 2020, o Previner Brasil propõe a utilização do critério de repasse dos recursos por meio da capitação ponderada, do pagamento por desempenho, do incentivo para ações estratégicas e do incentivo financeiro com base em critério populacional (BRASIL, 2019). No entanto, o incentivo financeiro passou a ser baseado em apenas sete indicadores de acesso, excluindo totalmente a qualidade das ações desta avaliação. Quanto à saúde da mulher foram elencados, pelo MS, apenas quatro indicadores, três deles referentes ao pré-natal, sendo 1) Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; 2) Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; e 3) Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (BRASIL, 2019).

4.2 Revisão Sistemática

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura onde na primeira etapa foi determinada a questão de pesquisa. Essa definição ocorreu de acordo com a estratégia População Interesse Contexto (PICo), considerando-se a seguinte estrutura: P – puérperas; I - utilização dos serviços de saúde; C - não utilização dos serviços de saúde e O - qualidade da assistência puerperal. Dessa forma, chegou-se a seguinte pergunta: “Qual a produção acadêmica acerca da qualidade da assistência ao puerpério na atenção primária à saúde?”.

Na segunda etapa foi realizada a busca das referências nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos) e *Web of Science*. Logo, definiu-se como critérios de inclusão para a seleção dos artigos: **(1) responder à questão norteadora; (2) ser artigo original de abordagens quantitativas; (3) possuir em seus achados dados relativos à ocorrência de consulta de puerpério; (4) ser publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol; (5) ser publicado em revista científica; e (6) ser publicado nos últimos dez anos (de 2010 a 2020)**, inicialmente, estendendo-se o período para mais dois anos e meio, portanto até junho de 2023, tendo em vista o caráter de atualização da revisão para a confecção deste estudo. Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: (1) estudos repetidos em uma ou mais base de dados; (2) estudos com mulheres hospitalizadas/hospitalizações; (3) estudos que se limitem ao puerpério imediato dentro das primeiras 24h do pós-parto; (4) estudos que abordem exclusivamente morbidades e (5) estudos com delineamento qualitativo. Foram, ainda, incluídas publicações acerca do tema e de interesse dos pesquisadores.

A busca pelas referências ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2020, utilizando-se os seguintes descritores controlados indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Mesh Terms*: *postpartum period, primary health care, personal satisfaccion, Health Services Accessibility, Program Evaluation, maternal-child health services, Maternal Health Services, maternal-child health centers, postnatal care e prenatal care*. A estratégia de busca ainda utilizou-se do seguinte descritor não controlado: *quality*. Os descritores foram todos agrupados utilizando-se a expressão booleana *AND* conforme os quadros 3, 4 e 5. Optou-se por buscar os descritores nas línguas inglesa e portuguesa na base de dados Lilacs devido a

diferença do número de achados em cada uma das línguas. O uso do termo pós-parto isoladamente limitaria a busca das publicações em número e método de abordagem do assunto. Portanto, justifica-se o uso dos descritores ser em número abundante proporcionando achados em conjunto a outros assuntos relacionados à saúde da mulher, oferecendo um maior número e diversidade das publicações.

Descritores em língua inglesa
(tw:(Postpartum Period)) AND (tw:(Primary health care))
(tw:(Postpartum Period)) AND (tw:(Primary health care)) AND (tw:(Quality))
(tw:(Postpartum Period)) AND (tw:(Prenatal care))
Descritores em língua portuguesa
(tw:(Período pós-parto)) AND (tw:(Atenção primária à saúde))
(tw:(Período pós-parto)) AND (tw:(Atenção primária à saúde)) AND (tw:(Qualidade))
(tw:(Período pós-parto)) AND (tw:(Cuidado pré-natal))

Quadro 3: Estratégia de busca utilizada na base de dados Lilacs

<i>("Postpartum Period"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]</i>
<i>(postpartum period) AND (primary health care)</i>
<i>((postpartum period) AND (primary health care)) AND (quality)</i>
<i>((postpartum period) AND (primary health care)) AND (personal satisfaccion)</i>
<i>((("Postpartum Period"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND ("Health Services Accessibility"[Mesh]))</i>
<i>((("Postpartum Period"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND (Health Services Accessibility))</i>
<i>((postpartum period) AND (primary health care)) AND (Health Services Accessibility)</i>
<i>((("Postpartum Period"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND ("Program Evaluation"[Mesh]))</i>
<i>((postpartum period) AND (primary health care)) AND (Program Evaluation)</i>
<i>(maternal-child health services) AND ((postpartum period) AND (primary health care))</i>
<i>("Postpartum Period"[Mesh]) AND ("Maternal Health Services"[Mesh])</i>
<i>(maternal-child health services) AND ((postpartum period)</i>
<i>(maternal-child health centers) AND ((postpartum period)</i>
<i>("postnatal care") AND (prenatal care)</i>

Quadro 4: Estratégia de busca utilizada na base de dados PubMed

<i>((postpartum period) AND (primary health care)) AND (quality)</i>

Quadro 5: Estratégia de busca utilizada na base de dados Web of Science

Para a seleção dos estudos e redação da revisão sistemática a partir dos artigos em que delineamentos transversais e de coorte foram utilizados aplicou-se como parâmetro itens propostos pelo guia *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology – STROBE* (MALTA et al., 2010). O *STROBE* foi aplicado em cada um dos estudos de delineamento transversal e de coorte selecionados para avaliar a disponibilidade das informações e procedimentos metodológicos adotados em cada artigo selecionado na busca. Para cada um de seus itens, atribuiu-se uma pontuação (integral – 1,0 ponto/ parcial – 0,5 pontos/ inexistente – 0 ponto) de acordo com a disponibilidade da informação e/ou adoção do procedimento inquirido no referido item, com valor máximo de 22 pontos. Pontuações maiores representam maior disponibilidade de informações, incluindo os procedimentos metodológicos.

Ainda, a seleção dos estudos e a obtenção das informações foram realizadas com o auxílio de um instrumento padronizado. Foram coletadas as seguintes informações: autor, país em que a pesquisa foi realizada e ano de publicação, objetivo, desenho da pesquisa, amostra envolvida, prevalência de acesso à consulta de puerpério, critérios ou indicador de qualidade do serviço utilizado no estudo e fatores associados.

Para a seleção dos estudos elegíveis foi realizada a leitura dos títulos, seguida pela leitura dos resumos e dos estudos na íntegra. Foram excluídos aqueles estudos que não atenderam aos critérios de inclusão ou que não contemplasse a questão norteadora do estudo. Ao aplicar as estratégias de busca, foi encontrado um total de 7.694 publicações nas duas bases de dados consultadas. Todas as publicações selecionadas na *Web of Science* encontravam-se na *PubMed*. Após a triagem, foram elegíveis 42 artigos para compor a revisão sistemática. Os artigos foram organizados em pastas conforme a base de dados em que foram obtidos no software gratuito Mendeley®. A Figura 1 ilustra as etapas da seleção dos artigos.

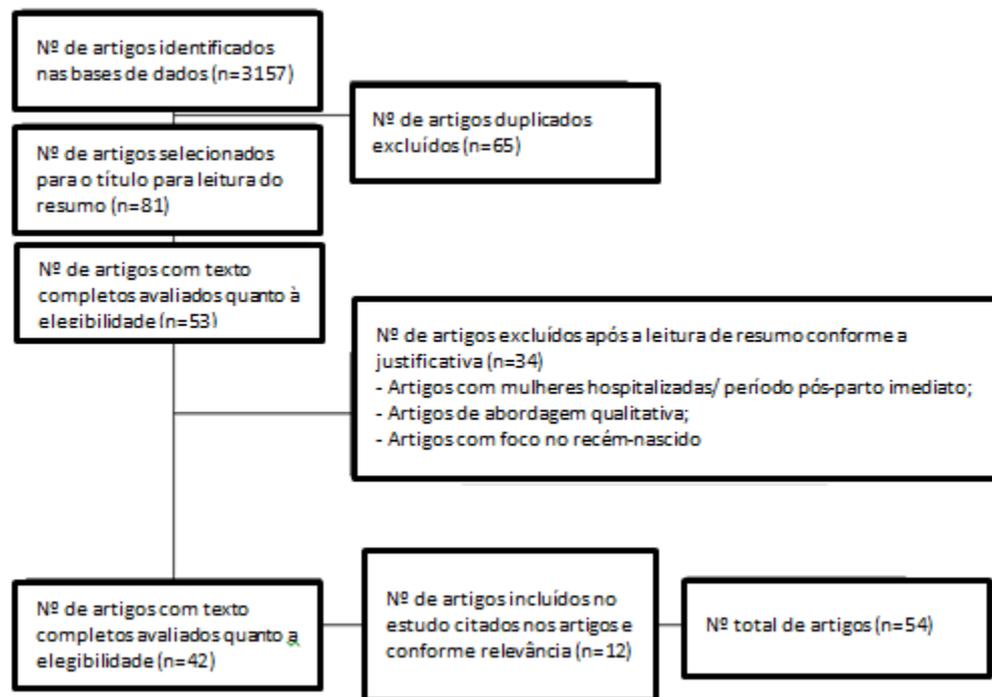


Figura 1: Fluxograma contendo as informações sobre as etapas de seleção dos artigos conforme o PRISMA

A busca limitada em dez anos resultou em 3.157 publicações para a leitura dos títulos. Extraídas as duplicadas (n=65), foram escolhidos 81 resumos e, desses, 53 artigos para leitura na íntegra. Ao fim, foram selecionados quarenta e dois artigos. Após esta etapa foram incluídos, ainda, 12 artigos identificados a partir das referências dos manuscritos selecionados anteriormente, totalizando, para essa revisão 54 artigos. Esses foram organizados conforme descrito na Figura 1, dos quais quatro foram publicados no ano de 2011 (ANDREUCCI et al., 2011; ISLAM; ODLAND, 2011; WEIR et al., 2011 e TSAI et al., 2011); dois foram os artigos publicados no ano de 2012 (RAI; SINGH; SINGH, 2012 e VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012); dois no ano de 2013 (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013 e HEMMINKI et al., 2013); sete no ano de 2014 (DIBARI et al., 2014; KHANAL et al., 2014; SADO; SPAHO; HOTCHKISS, 2014; SOUZA; FERNANDES, 2014; TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014; XIANG et al., 2014 e YAMASHITA et al., 2014); três no ano de 2015 (DUTAMO; ASSEFA; EGATA, 2015; MOHAN et al., 2015 e SULTANA; SHAIKH, 2015); dois em 2016 (BRYANT et al., 2016 e SILVA et al., 2016); seis no ano de 2017 (BANKE-THOMAS et al., 2017; FAN et al., 2017; NASEEM et al., 2017; ROLDÁN; ACUÑA; RÍOS, 2017b; SHAHJAHAN et al., 2017 e VALDES; SANTOS; PRADO,

2017); sete no ano de 2018 (ABOTA; ATENAFU, 2018; AKIBU et al., 2018; ANGORE; TUFA; BISETEGEN, 2018; GU et al., 2018; KIKUCHI et al., 2018; LEFEVRE et al., 2018 e MASHO et al., 2018), oito estudos no ano de 2019 (AL-SHAMMARI et al., 2019; ASSIS et al., 2019; DANILACK et al., 2019; FUSQUINE et al., 2019; GONÇALVES et al., 2019; KHAKI; SITHOLE, 2019; MONTEIRO et al., 2019 e OLAJUBU et al., 2019) e, para o ano de 2020, apenas um único artigo elegível (SILVA et al., 2020).

Os resultados trouxeram o continente americano como o que mais publicou estudos acerca do puerpério (n = 18), sendo o Brasil o país com o número mais expressivo de publicações (n = 11), seguido do continente africano (n = 12), asiático (n = 09) e o europeu (n = 02).

A maioria dos estudos foi publicada em língua inglesa (n = 33), seguido por língua portuguesa (n = 9) e um artigo na língua espanhola.

Quanto ao delineamento, a maioria dos estudos foram do tipo transversal (n = 35). A classificação dos estudos, segundo guia STROBE, foi aplicada a essas publicações. A pontuação variou de 11,5 a 22,0 pontos, sendo prevalentes publicações com 20,0 pontos (n = 5). Cerca de um terço (n = 11) dos artigos obtiveram uma pontuação ≥ 20 pontos.

Para a exposição dos resultados, os artigos foram organizados em grupos e subgrupos conforme a relevância dos achados: (1) Acesso e utilização da atenção ao puerpério e (2) Fatores associados ao acesso e à utilização dos serviços e (3) A qualidade e as ações dos serviços de saúde no período pós-parto.

4.2.1 Acesso e utilização da atenção ao puerpério

As ocorrências de acesso aos serviços de saúde no período pós-parto variaram de 9,7% (TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014) a 91,7% (DIBARI et al., 2014) – Tabela 1. Conforme o número de consultas realizadas no período pós-parto, um estudo com puérperas da Etiópia demonstrou que 28,4% das mulheres tiveram a cobertura completa de consultas de puerpério recomendada que são: no hospital nas primeiras 24 horas após o parto, o retorno subsequente para verificação entre três e sete dias e de sete a 14 dias. Sendo que 71,6% das puérperas não haviam recebido a cobertura recomendada (AKIBU et al., 2018).

Na China, a meta do governo é de que 60% das mulheres rurais recebam pelo menos três visitas domiciliares de profissionais qualificados dentro de seis semanas após o parto: ao sétimo, ao 28º e 42º dias (XIANG et al., 2014 e GU et al., 2018). Porém, um estudo observou que das 277 mulheres que foram visitadas 62,5% não receberam a assistência recomendada (XIANG et al., 2014). Ainda na China rural, outro estudo demonstrou que das 884 mulheres entrevistadas, 36,2% haviam recebido três ou mais visitas qualificadas enquanto 40,4% receberam menos de três visitas, evidenciando uma cobertura deficiente de acesso aos serviços (GU et al., 2018).

Estudo de coorte realizado na Inglaterra com 34.337 mulheres que deram à luz entre 1º de julho de 2015 e 30 de junho de 2018, observou que apenas 40% delas não tiveram consulta de pós-parto (LI et al., 2022).

Já nos Estados Unidos da América, em uma coorte retrospectiva buscou apresentar resultados focados em mulheres no período pós-parto tardio cujos partos se deram em um grande centro médico acadêmico e que haviam realizado pré-natal na atenção primária desse local. Foi observado que a maioria das mulheres (90,5%) teve pelo menos uma consulta de saúde no centro médico durante o período pós-parto no período de 62 dias a 2 anos após o parto e que 80,7% teve pelo menos uma consulta de atenção primária no pós-parto e, dessas, apenas 14,4% aconteceram nos dois primeiros meses (BRYANT et al., 2016).

No Brasil, estudos que observaram a não realização de consulta puerperal demonstraram o pouco acesso e utilização dos serviços na atenção pós-natal (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012 e GONÇALVES et al., 2019). Um estudo que buscou avaliar a qualidade da atenção pré-natal e puerperal a adolescentes com filhos nascidos vivos em instituição pública de saúde do nordeste do país, observou que 52,3% das adolescentes não retornaram à UBS até o 42º dia de pós-parto para consulta de revisão e não receberam visita domiciliar na primeira semana pós-parto. No sul do país, um quarto (24,8%) das mulheres que compuseram uma coorte com 572 puérperas não realizaram consulta de puerpério dentro dos 42 dias após o parto (GONÇALVES et al., 2019a).

Quando verificado o acesso e a utilização dos cuidados continuados à saúde materna, as ocorrências observadas nos estudos variam de 5,0% a 19,2% (KIKUCHI et al., 2018 e ANDREUCCI et al., 2011). No Cambódia, os autores buscaram avaliar a taxa de conclusão da continuidade do cuidado e examinar os fatores associados à

continuidade de cuidados entre 377 mulheres e apenas 5,0% delas tiveram um cuidado com pelo menos quatro consultas de pré-natal, parto qualificado (médicos, parteiras ou enfermeiras do centro de saúde ou hospital) e pelo menos uma assistência pós-natal (KIKUCHI et al., 2018). Outro estudo buscou avaliar a cobertura do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento segundo o cumprimento dos seus requisitos mínimos e indicadores de processo, comparando as informações do cartão da gestante com os do Sisprenatal, identificou que apenas 19,2% das 1489 mulheres estudadas tinham todos os indicadores estudados, seis ou mais consultas PN, Consulta puerperal, todos os exames básicos, teste anti-HIV e imunização tétano.

4.2.2 Fatores associados ao acesso e à utilização dos serviços

A escolaridade das mulheres foi significativamente associada ao acesso e à utilização dos serviços de saúde no pós-parto (AKIBU et al, 2018; DANILACK et al, 2019; FAN et al, 2017; GONÇALVES et al, 2019; GU et al, 2018; KHANAL et al, 2014; ISLAM; ODLAND, 2011; MOHAN et al, 2015; NASEEM et al, 2017; SHAHJAHAN et al., 2017; SULTANA; SHAIKH, 2015; TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014).

Mohan et al. (2015) observou que as mulheres com ensino primário e superior tinham 1,37 mais chances de usarem os cuidados pós-natais na Tanzânia. Na Etiópia, um estudo demonstrou que as mulheres com ensino superior tinham três vezes mais chance de receber atendimento pós-natal completo do que as mulheres sem escolaridade (OR = 3,2).

Fan et al.(2017) em um estudo com 1.738 mulheres urbanas e rurais na China observou que aquelas que eram da zona rural e com ensino médio tiveram duas vezes (OR = 2,16) mais chances de receber as visitas domiciliares para cuidados pós-natal.

Outro estudo também realizado na China, com 884 mulheres da zona rural, observou que mulheres com ensino médio ou superior (OR = 0,43), tiveram maiores chances de ter uma visita pós-parto em relação as mulheres de menor escolaridade (GU et al., 2018).

No Paquistão, um estudo que buscou determinar o estado de saúde materna em termos de cuidados pré-natais, natais e pós-natais evidenciou que das 1.275 mulheres integrantes, haviam 3,88 vezes mais chances de utilizarem os cuidados pós-natal em comparação ao grupo sem escolaridade (NASEEM et al., 2017).

Akibu et al. (2018), ao fornecer uma evidência contemporânea sobre o nível de cobertura de cuidados puerperais e os fatores determinantes no norte de Shoa na Etiópia, demonstrou que as mulheres com ensino superior tinham três vezes (OR = 3,2) mais chance de receber atendimento pós-natal completo do que as mulheres analfabetas. Em outro estudo realizado na Etiópia (TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014), cujo objetivo foi identificar os fatores que afetam a utilização dos serviços de saúde materna entre 7.908 mulheres do país, a probabilidade de as mulheres usarem o serviço de PNC também foi alta entre as mulheres com maior nível de escolaridade (OR = 3,2).

Nos EUA, estudo realizado com 64.952 mulheres para determinar as características maternas, da gravidez e do bebê relacionadas ao comparecimento a uma consulta pós-parto, observou que as mulheres que completaram 13-15 anos de escolaridade (RR 0,66, IC 0,59-0,74) ou 16 anos ou mais (RR 0,33, IC 0,29-0,37) foram menos propensas a perder um checkup pós-parto (DANILACK et al., 2019).

Khanal et al. (2014) ao determinar os fatores associados à utilização do cuidado pós-natal nos primeiros 42 dias após o nascimento e nas primeiras 24 horas após o nascimento, observou que as mulheres com escolaridade tinham maior probabilidade de frequentar o cuidado pós-natal do que as mães sem escolaridade (OR 4,623).

Islam et al. (2011) em estudo realizado em Bangladesch identificou, na análise bivariada, que apenas 4,7% das mulheres sem escolaridade foram atendidas após o parto, enquanto 53,8% das que frequentaram a escola foram atendidas. Em outro estudo, também em Bangladesh, que buscou identificar os fatores associados à prática de cuidados pré-natais e/ou pós-natais entre mães de recém-nascidos de uma unidade de saúde em uma área selecionada da zona rural, demonstrou que probabilidade de receber atendimento pré-natal ou pós-natal (OR = 0,30) foi significativamente menor entre mães que não tiveram ou tinham menos educação entre um e cinco anos de escolaridade em comparação com mães com nove ou mais anos de educação (OR = 0,28)(SHAHJAHAN et al., 2017).

No Brasil, estudo que buscou avaliar a frequência da não realização da consulta de puerpério, bem como, os fatores associados, em mulheres residentes em município de médio porte no sul do país, encontrou que mulheres com oito anos ou menos de escolaridade apresentaram duas vezes mais chance de não comparecer a uma consulta de puerpério (RP= 2,00) em comparação às com maior escolaridade (GONÇALVES et al., 2019a).

A renda familiar também foi um preditor importante à consulta de puerpério (DANILACK et al., 2019; DUTAMO; ASSEFA; EGATA, 2015; GONÇALVES et al., 2019; GU et al., 2018; KHANAL et al., 2014; SHAHJAHAN et al., 2017; TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014).

Estudo com mulheres chinesas identificou que o não uso de visitas pós-parto estatisticamente maior entre aquelas com baixa. Mulheres cuja renda familiar é de pelo menos 16.000 Yuan, moeda chinesa, por ano, tiveram 38% (OR = 0,62; IC 95%: 0,43 ± 0,88) menos probabilidade de nunca usar assistência puerperal (GU et al., 2018).

De acordo com Danilack et al.(2019), mulheres norte-americanas com renda familiar superior a US \$ 50.000 por ano tiveram 75% (IC 72-78%) menos risco de perder um checkup pós-parto em comparação com mulheres com renda familiar inferior a US \$ 10.000 por ano. Ainda nos Estados Unidos da América, a baixa renda também foi identificada como fator de risco para o não uso de cuidado pós-parto (DIBARI et al., 2014). Nesse estudo, a chance de faltar a uma consulta de puerpério foi quase três vezes maior nas mulheres mais pobres comparada às mais ricas (OR = 2,89).

Na Etiópia, as mulheres de famílias mais ricas usaram mais serviços qualificados de controle pós-parto (OR = 2,4, IC de 95% = 1,7 -3,5) do que aquelas que eram das famílias mais pobres (TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014). O mesmo foi observado no Nepal, onde mulheres de famílias mais ricas eram mais propensas a relatar o comparecimento a pelo menos uma consulta de cuidado pós-natal (OR = 1,8)(KHANAL et al., 2014). Outro estudo realizado na Etiópia, observou que mulheres cuja renda familiar média mensal era entre 500 e 110 Birr eram menos propensas a receber controle pós-natal em comparação àquelas de maior renda (DUTAMO; ASSEFA; EGATA, 2015).

Em Bangladesh, a renda familiar mostrou associação significativa para o recebimento de serviços de assistência pré-natal e pós-natal (SHAHJAHAN et al., 2017).

Gonçalves et al. (2019) evidenciou que quanto menor a renda (1º tercil RP= 2,01 IC95%= 1,21-3,33; 2º tercil RP= 1,94 IC95%= 1,17-3,20) maior o risco de não realizar a consulta de puerpério.

Mulheres que tiveram acesso ao pré-natal, bem como aquelas que receberam aconselhamento e as que tinham maior conhecimento sobre os benefícios do controle

de puerpério tiveram uma maior utilização dos serviços de saúde no período puerperal (ABOTA; ATENAFU, 2018; ANGOORE; TUFA; BISETEGEN, 2018; BRYANT et al., 2016; DANILACK et al., 2019; DIBARI et al., 2014; GONÇALVES et al., 2019; KHAKI; SITHOLE, 2019; DUTAMO; ASSEFA; EGATA, 2015; KHANAL et al., 2014; KIKUCHI et al., 2018; MOHAN et al., 2015; NASEEM et al., 2017; OLAJUBU et al., 2019; TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014; WEIR et al., 2011).

Ao examinar os fatores que estão associados ao uso de serviços de atendimento pós-natal na zona rural de Morogoro, na Tanzânia, os pesquisadores observaram que mulheres que relataram serem aconselhadas por um agente comunitário de saúde para buscar por cuidados pós-natal em uma unidade de saúde foi associados positivamente ao uso de cuidado pós-natal (OR = 2,3, IC 95% 1,36–3,89) (MOHAN et al., 2015).

Nos Estados Unidos da América, Bryant et al. (2016) encontraram como fator preditor ao uso dos cuidados puerperais ter recebido cuidados pré-natais em um centro de saúde comunitário urbano (OR 1,35 IC 95% 1,06-1,73). Anteriormente, em 2011, um estudo cujo objetivo foi examinar os fatores que afetam o cuidado pré-natal e pós-parto para uma população segurada, mas vulnerável, observou que mulheres que tiveram pelo menos cinco consultas ambulatoriais em um ano antes do parto eram mais propensos a receber o cuidado pós-parto (WEIR et al., 2011). Em outro estudo com mulheres no mesmo país foram observados a influência da qualidade do cuidado de pré-natal, conforme o Índice de cuidado pré-natal KESSNER, na frequência de consulta de puerpério. Em comparação com mulheres que receberam cuidado pré-natal adequado, as mulheres que receberam cuidados de pré-natal avaliados como intermediário (RR 1,90, IC 95% 1,73-2,09), inadequado (RR 2,83, IC 2,49-3,22) ou um nível desconhecido (RR 1,23, IC 95% 1,05-1,45) tinham maior probabilidade de perder o controle pós-parto (DANILACK et al., 2019). A falta de cuidado pré-natal como fator de risco ao não uso de cuidado pós-parto é demonstrada no estudo de Dibari et al. (2014). Mulheres que não realizaram consultas de pré-natal tiveram chance reduzida de comparecimento à consulta pós-parto (DIBARI et al., 2014 e MASHO et al., 2018).

No Paquistão, mulheres que tiveram acesso ao pré-natal tiveram e 6,9 vezes mais chance de usar o cuidados pós-natal (NASEEM et al., 2017). Mulheres nepalesas que relataram ter comparecido a quatro ou mais consultas pré-natais tiveram maior probabilidade de relatar ter participado de pelo menos uma consulta de cuidado pós-natal (KHANAL et al., 2014).

No Malawi, região sub-saariana do continente africano, a aceitação de controle pós-natal foi significativamente associada a realizar o número recomendado de quatro ou mais consultas de pré-natal (KHAKI; SITHOLE, 2019).

As mulheres etíopes que compareceram a consultas de pré-natal durante a gravidez tiveram maior probabilidade de comparecer aos serviços de consulta de puerpério (ABOTA; ATENAFU, 2018 e TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014). Outro estudo com população etíope, revelou que o conhecimento sobre os serviços de cuidado pós-natal pela mulher é um importante preditor da utilização do cuidado pós-natal [OR = 0,03, IC de 95% (0,00, 0,44)]. Mulheres que tinham conhecimento sobre o serviço pós-natal utilizaram esse serviço duas vezes mais do que aquelas mulheres que não receberam informações sobre o serviço de controle pós-natal (ANGORE; TUFA; BISETEGEN, 2018). Em outro estudo com mulheres etíopes, foi demonstrado que mulheres que receberam pelo menos quatro consultas de pré-natal eram mais propensas a receber cuidados pós-parto de profissionais de saúde qualificados do que mulheres que receberam no máximo três consultas de pré-natal (AOR 1,6, IC 95% 1,1, 2,4)(DUTAMO; ASSEFA; EGATA, 2015)

Na Nigéria, o efeito positivo da utilização dos cuidados pré-natais nos cuidados pós-natal foi significativamente evidente. Mulheres adolescentes que tiveram quatro consultas de pré-natal foram mais propensas a utilizar o cuidado pós-natal do que mulheres que não haviam utilizado os cuidados pré-natais (RAI; SINGH; SINGH, 2012). Olajubu et al. (2019) observou que a taxa de utilização de serviços de cuidados puerperais foi significativamente maior entre as mulheres que compareceram ao pré-natal e que tinham um bom nível de conhecimento sobre cuidados puerperais (ODDS=2,06).

A consciência sobre o cuidado pós-natal foi negativamente associada às mulheres que descontinuaram o cuidado continuado na fase pós-natal no Cambódia (AOR: 0,008; IC95%: 0,001 ± 0,086)(KIKUCHI et al., 2018).

No Brasil, mulheres que realizaram o pré-natal em serviço público (RP= 1,74; IC95%= 1,18-2,58) tiveram maiores chances de não frequentarem uma consulta de puerpério (GONÇALVES et al., 2019a).

O acesso aos serviços de saúde para o controle de puerpério também foi associado significativamente àquelas mulheres que tiveram parto em uma unidade de saúde, bem como, acompanhadas por um profissional qualificado. Outros fatores importantes quanto ao uso dos serviços em saúde foram observadas naquelas em

que distância até o serviço de saúde era pequena bem como com aquelas mulheres da zona urbana e rural (ANGORE; TUFA; BISETEGEN, 2018; BRYANT et al., 2016; DANILACK et al., 2019; GU et al., 2018; ISLAM; ODLAND, 2011; KHANAL et al., 2014; KIKUCHI et al., 2018; RAI; SINGH; SINGH, 2012; SULTANA; SHAIKH, 2015; ; YAMASHITA et al., 2014).

Na Etiópia, as mulheres que tiveram seus filhos em uma unidade de saúde tinham maior probabilidade de receber controle pós-natal do que as mulheres em que o parto não ocorreu em uma unidade de saúde [OR = 0,65, IC 95% (0,58, 0,94)](ANGORE; TUFA; BISETEGEN, 2018). O mesmo foi observado na China, onde um estudo demonstrou que ter o parto em uma instituição de saúde é um fator facilitador ao controle pós-parto (OR = 1,66, IC 95% IC: 1,22 ± 2,26), mas a distância do hospital mais próximo (OR = 1,45, IC95%: 1,06 ± 1,98) foi estatisticamente associado com o não uso de visitas pós-parto por facilitadores (GU et al., 2018).

A utilização de controles de puerpério foi significativamente associada com o local de realização do parto nas Filipinas. Mulheres cujo parto ocorreu em casa tiveram uma taxa mais baixa de utilização de serviços pós-parto comparado àquelas em que o parto se deu instalações médicas, sendo elas, hospital, clínica ou centro de saúde (YAMASHITA et al., 2014).

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, as mulheres eram mais propensas a perder esse controle se o parto ocorresse em uma residência em comparação com um hospital (RR 2,27, IC 95% 1,71-3,01)(DANILACK et al., 2019).

No Nepal, mulheres que tiveram parto em uma unidade de saúde e aquelas que foram atendidas por um profissional qualificado tiveram maior probabilidade de relatar ter participado de pelo menos uma consulta de cuidado pós-natal (KHANAL et al., 2014). De forma semelhante, as maiores chances de atendimento pós-natal foram encontradas entre as mulheres adolescentes na Nigéria e que tiveram seu último parto com profissional qualificado em comparação com aquelas mulheres que não o utilizaram (RAI; SINGH; SINGH, 2012).

Ter o parto assistido por médico no Paquistão, mostrou associação significativa (p valor <0,05) com a busca de cuidados puerperais entre as mulheres. Também a distância da residência até a unidade de saúde e a disponibilidade de transporte foi significativamente associada à utilização de controles de puerpério (SULTANA; SHAIKH, 2015).

Morar mais perto do local de assistência também foi estatisticamente significativa para as mulheres norte americanas [AOR para residência [17,8 milhas do centro médico (OR = 0,74; IC 95% 0,61 - 0,90) buscarem por controles puerperais (BRYANT et al., 2016). No estudo realizado no Cambódia, a longa distância até o centro de saúde (OR ajustado: 0,877; IC 95% 0,791 ± 0,972) esteve negativamente associado ao cumprimento de todas as etapas do atendimento no ciclo gravídico-puerperal (KIKUCHI et al., 2018).

Em Bangladesh, 56,4% das mulheres entrevistados relataram que não buscaram por controles pós-natais porque o centro de atendimento ficava muito longe de casa e, ainda, aproximadamente metade das entrevistadas apontou "problemas de transporte" como o motivo (ISLAM; ODLAND, 2011).

A paridade foi um dos determinantes obstétricos que contribuíram positivamente para que as mulheres buscassem por assistência no período pós-parto (AKIBU et al., 2018; BANKE-THOMAS et al., 2017; DANILACK et al., 2019; GU et al., 2018; TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014).

Akibu et al. (2018), demonstrou que primíparas etíopes tiveram 4,5 mais chances de ter cuidado pós-natal completo [AOR = 2,5 IC 95% 1,4 - 14,2] em comparação com as mulheres múltiparas. O mesmo foi observado na China, nos Estados Unidos da América, Etiópia, Quênia que, em relação à necessidade de serviços de saúde no período pós-parto, múltiparas haviam maior probabilidade de não utilizar o serviço de pós-parto em comparação com as primíparas (GU et al., 2018); (DANILACK et al., 2019); (BANKE-THOMAS et al., 2017; TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014).

Outro importante determinante que é facilitador para a busca de assistência puerperal é o planejamento familiar (GONÇALVES et al., 2019; MOHAN et al., 2015; NASEEM et al., 2017; OLAJUBU et al., 2019).

Mulheres que realizaram cuidados pós-parto tiveram mais chances de usar métodos anticoncepcionais em comparação com mulheres que não o realizaram (MOHAN et al., 2015; NASEEM et al., 2017; OLAJUBU et al., 2019). Em contrapartida, mulheres que foram acompanhadas em uma coorte no sul do Brasil e que não tiveram uma consulta de puerpério até o 42º dia do pós-parto possuíam três vezes mais chances de não usarem método anticoncepcional (RP=3,10; IC95%= 1,86-5,16) comparadas aquelas que tiveram uma consulta de puerpério (GONÇALVES et al., 2019).

As mães etíopes solteiras foram menos propensas a usar os serviços de assistência pós-natal do que as mães que casadas e aquelas com companheiro (OR = 0,06, IC 95% 0,01 - 0,45) (ANGORE; TUFA; BISETEGEN, 2018). Em outro estudo, realizado no mesmo país, mulheres nunca casadas apresentaram maior probabilidade de usar os serviços de controle de puerpério do que outras (AOR = 1,8, IC 95% = 1,1-3,2)(TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014).

Nos Estados Unidos da América, as mães separadas ou divorciadas e que nunca haviam casado tinham mais probabilidade de não ter uma consulta de puerpério em comparação com as mães casadas (DIBARI et al., 2014). Semelhante foi observado em outro estudo em que mulheres solteiras tinham quase o dobro de probabilidade de perder a consulta pós-parto do que mulheres casadas (RR 1,94, IC 1,79-2,10) (DANILACK et al., 2019).

4.2.3 A qualidade e as ações dos serviços de saúde no período pós-parto

A qualidade dos serviços de atenção à saúde no puerpério foi pouco abordada nas publicações que compuseram esta revisão. Daqueles que mencionaram o padrão de utilização ou indicador de efetividade dos serviços, em sua maioria, foi mencionado o número de consultas no período pós-parto (AKIBU et al., 2018; ANDREUCCI et al., 2011; ASSIS et al., 2019; FAN et al., 2017; GU et al., 2018; HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013; KHAKI; SITHOLE, 2019; KIKUCHI et al., 2018; MOHAN et al., 2015; SILVA et al., 2020; XIANG et al., 2014).

Dois estudos mencionaram as dimensões da qualidade de Donabedian para avaliar a atenção pós-natal (AL-SHAMMARI et al., 2019; LEFEVRE et al., 2018).

Duas publicações utilizaram parâmetros da OMS para distribuir a frequência e estabelecer, além do número de consultas, o período de realização de cada uma delas (BANKE-THOMAS et al., 2017; DUTAMO; ASSEFA; EGATA, 2015).

No Brasil, os estudos variam quanto a avaliação da qualidade, padrão de uso ou indicador de qualidade, bem como as ações dos serviços de saúde no período pós-parto. O PHPN foi citado em dois estudos (ANDREUCCI et al., 2011 e HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013). Os parâmetros da Rede Cegonha foram citados em três artigos (ASSIS et al., 2019; SILVA et al., 2020 e VALDES; SANTOS; PRADO, 2017) foram utilizados em um e três estudos, respectivamente. Um estudo citou como referencial a “Primeira Semana de Saúde Integral” (SILVA et al., 2016). Um outro

estudo utilizou os parâmetros do Ministério da Saúde para desenvolver uma nova proposta de diretriz assistencial (SOUZA; FERNANDES, 2014). Um estudo referiu a tríade estrutura, processo e resultado utilizada por Donabedian para analisar o serviço prestador de cuidados puerperais, observando o reflexo da qualidade da atenção em saúde como parte da avaliação do processo (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Andreucci et al. (2011) ao avaliar a cobertura do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento segundo o cumprimento dos seus requisitos mínimos e indicadores de processo, comparando as informações do cartão da gestante com os do Sisprenatal, observou que em apenas 19,2% das mulheres os requisitos mínimos do Sisprenatal. Ou seja, tiveram seis ou mais consultas de pré-natal acrescidas pela consulta puerperal, a imunização contra o tétano e todos os exames básicos, incluindo o teste anti-HIV (ANDREUCCI et al., 2011).

Um estudo que objetivou avaliar a adequabilidade da assistência pré-natal de baixo risco e avaliar o número de consultas de puerpério, conforme a recomendação do Ministério da Saúde, verificando possíveis fatores associados, observou que apenas 16,8%, das 95 mulheres usuárias de uma unidade de estratégia de saúde da família, realizaram a consulta de puerpério, identificando a associação entre ser uma gestação de alto risco e a realização de consulta (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013).

Assis et al. (2019), ao apresentar os principais indicadores relacionados à implementação da Rede Cegonha no estado de Goiás, entre os anos 2011 e 2015, demonstrou que 355 e cinco mulheres, respectivamente concluíram a assistência pré-natal, ou seja, realizaram sete ou mais consultas pré-natal e uma consulta de puerpério até 42 dias de pós-parto (ASSIS et al., 2019).

Em um estudo que buscou caracterizar e avaliar a qualidade da assistência prestada no parto e pós-parto, a partir da visão de mães, usuárias dos serviços de Atenção Primária à Saúde, com enfoque nos aspectos relativos à humanização, Silva et al. (2020) apresentou proporções de consulta para controle de pós-natal. A atenção prestada no pós-parto mostra que 59,5% das entrevistadas foram informadas para procurar o serviço de saúde durante a primeira semana pós-parto e 32,5%, na segunda semana, somando um total de 54,5% que buscaram o serviço na primeira semana. A Unidade Básica de Saúde foi buscada em 23,5% dos casos. A mesma

proporção procurou o Hospital Público/SUS do município de residência (SILVA et al., 2020)

Um relato de experiência foi inserido nos resultados devido seu conteúdo relevante de caráter quantitativo. Valdes et al. (2017), em seu estudo, relatou a experiência do desenvolvimento de uma intervenção no norte do Brasil, cujo objetivo foi melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na área de abrangência da equipe em uma Estratégia de Saúde da Família. Foram cadastradas 100% das puérperas antes do 42º dia pós-parto. Todas receberam visitas domiciliares durante a primeira semana após o parto. Todas as puérperas receberam avaliações e acompanhamento do estado psíquico, avaliação de intercorrências, exame de mamas, de abdome e exame ginecológico (VALDES; SANTOS; PRADO, 2017).

Silva et al. (2016) cita a Primeira Semana da Saúde Integral como critério de avaliação do cuidado prestado à mulher no puerpério em seu estudo. Foi observado que na primeira semana após a alta, 42,1% das 190 mulheres que compuseram a amostra receberam a visita domiciliar. Dentre os fatores associados à assistência para controle pós-natal identificou-se a atenção pré-natal em nível local como preditor à visita na primeira semana ($p = 0,049$). A participação do profissional enfermeiro na visita estava associada à maior realização de exame de mama ($p=0,000$) e do abdômen ($p=0,000$) bem como da investigação de condições emocionais ($p=0,029$)(SILVA et al., 2016).

Souza, et al. (2014), no estudo que buscou verificar a viabilidade de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde, aplicou uma intervenção que contemplava uma consulta no puerpério imediato com sete a dez dias; dois atendimentos no puerpério tardio, sendo o primeiro de 25 a 30 dias e o segundo com 42 dias, e, finalmente, dois atendimentos no puerpério remoto com 60 e 90 dias. Como controle o outro grupo de mulheres que compuseram o estudo recebeu assistência ao puerpério de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde juntamente com o protocolo municipal, ou seja, uma consulta domiciliar do enfermeiro ou uma consulta na unidade de atenção primária à saúde ou no local onde ocorreu o parto até o 10º dia de pós parto e outra consulta na unidade de atenção primária entre 30 a 42 dias de puérpério. Os resultados foram significativos para o aleitamento materno exclusivo, exame de citopatológico de colo de útero e uso de sulfato ferroso por 90 dias, demonstrando a eficácia da diretriz em aumentar a chance

de as puérperas expostas a ela serem contempladas com ações de promoção da saúde da mulher (SOUZA; FERNANDES, 2014).

Com a finalidade de analisar a qualidade da atenção ao puerpério às 44 mulheres atendidas em uma instituição de saúde do nordeste brasileiro, a partir da avaliação do processo, Vilarinho et al. (2012) em seu estudo utilizou as seguintes variáveis: 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 materno. A essas variáveis foram atribuídas pontuações que variavam de zero a três pontos, assim determinou-se quatro níveis de qualidade conforme os escores da classificação: inadequada; intermediária; adequada e adequada superior. Como resultado, o estudo apontou que a atenção puerperal foi qualificada inadequada para 18,2%, intermediária para 38,6% das adolescentes, adequada para 6,8% e como adequada superior para 36,4% das mulheres adolescentes que compuseram a amostra do estudo. Porém, 52,3% das mulheres adolescentes da amostra não retornaram à unidade de saúde e tampouco receberam visita domiciliar até o 42º dia após o parto para a consulta de revisão (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Inicialmente o resultado desta revisão expôs um número expressivo ($n = 3.157$) de publicações que contemplasse as estratégias de busca aplicadas para levantar um saldo da literatura que abrangesse textos acerca do acesso, bem como da utilização e a qualidade da assistência ao puerpério. No entanto, observou-se, por meio dos critérios de inclusão e exclusão que a grande maioria dos textos tratava-se de outros assuntos acerca da atenção à saúde materno-infantil que não os propostos no objetivo inicial desta revisão. Diante desses resultados é possível inferir que as publicações que abordaram o acesso e a qualidade da atenção no puerpério foram escassas, restringindo-se, a grande maioria, a estudos que investiguem a ocorrência da realização ou não da consulta, check-up ou controle de puerpério.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda pelo menos três consultas pós-natal para todas as mães e recém-nascidos: no terceiro dia após o nascimento (48–72 h), entre o sétimo e 14º dias após o nascimento e seis semanas após o nascimento (WHO, 2013). Os dias e semanas após o parto representam uma fase crítica na vida das mães e dos recém-nascidos onde a maior parte das mortes maternas e infantis ocorrem. Ainda assim, esse é o período mais negligenciado para a prestação de cuidados de qualidade (WHO, 2013). Assim, o puerpério representa

uma oportunidade de fortalecer aspectos relacionados ao cuidado do binômio mãe-bebê. Essa revisão sistemática demonstrou que apesar de ser reconhecida a importância do acesso aos serviços de saúde no pós-parto a ocorrência de consulta puerperal permanece baixa mesmo com o empenho das organizações em saúde em aumentar seus índices.

A assistência ao puerpério faz parte da continuidade de cuidados do ciclo gravídico-puerperal. Com a conclusão do período puerperal, a mulher deve ser orientada à continuidade do cuidado à saúde, assim promovendo o fortalecimento da capacidade de autocuidado com a oferta e a orientação de meios de planejamento familiar e também no acompanhamento de condições crônicas diagnosticadas durante a gestação (SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019).

Considerando parte do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que é o compromisso firmado pelos Estados Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), a redução três quartos da taxa de mortalidade materna entre os anos de 1990 e 2015. Muitos países obtiveram progressos notáveis na coleta de dados por meio de sistemas de registro civil, pesquisas, censos e estudos especializados na última década, entretanto a diversidade de métodos usados para avaliar a mortalidade materna na ausência de sistemas de registro civil impede comparações diretas entre os indicadores gerados (WHO, 2015).

Os resultados da busca apontaram o continente americano como o que mais publicou estudos acerca do puerpério, sendo o Brasil o país com o número mais expressivo de publicações, seguido do continente africano, mais especificamente, da África sub-Saariana, o continente asiático e o europeu.

As regiões em desenvolvimento respondem por aproximadamente 99% (302.000) das mortes maternas globais estimadas em 2015, com a África Sub-Saariana sozinha sendo responsável por cerca de 66% (201.000) dessas mortes, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015). A razão de mortalidade materna regional no ano de 2015 variaram de 12 (11 a 14) para regiões desenvolvidas a 546 (511 a 652) para a África Subsaariana a cada 100.000 nascidos vivos (ALKEMA et al., 2016). Muitos países obtiveram progressos notáveis na coleta de dados por meio de sistemas de registro civil, pesquisas, censos e estudos especializados nas últimas décadas (WHO, 2015). O número expressivo de publicações da África sub-Saariana demonstra o compromisso com as ações de

promoção da saúde materna para a redução da mortalidade dessa população para atingir os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio propostos pela ONU. Entre esses países, as prevalências de consulta de puerpério variaram entre 9,7% (TAREKEGN; LIEBERMAN; GIEDRAITIS, 2014) a 83,3% (ANGORE; TUFA; BISETEGEN, 2018) ambos na Etiópia. Ainda, países Sub-Saarianos como a Etiópia, Malawi, Nigéria, Tanzânia e, o asiático, Bangladesh, constituem um grupo apoiado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, ONU Mulheres e Banco Mundial, que inspirados pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, entre outros parceiros, se reuniram em uma rede de promoção à saúde materno-infantil, a *Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health*. Os envolvidos, concordando com a visão de que a díade mãe-bebê devam receber cuidados de boa qualidade durante a gravidez, parto e o período pós-natal, têm sua visão apoiada em valores baseados na qualidade, equidade e dignidade (WHO, 2018).

Fatores associados ou determinantes do uso, bem como, do não uso da assistência no pós-parto encontrados estão distribuídos em categorias: sociodemográficas, com predominância à escolaridade, ocupação, renda e residir em área urbana. Isso foi observado tanto quando estudada a escolaridade da mãe quanto a escolaridade do companheiro. Infere-se que quanto maior a escolaridade, melhor a consciência sobre a importância dos cuidados em saúde. Quanto aos determinantes obstétricos, mulheres que frequentaram cuidados de pré-natal, que tiveram quatro ou mais consultas, que tiveram parto em unidade de saúde e com profissional qualificado tiveram maiores acessos aos controles pós-natais. A primiparidade, no geral, é um fator de proteção, com exceção de um artigo que apontou a multiparidade como proteção (GU et al., 2018). Importantes determinantes comportamentais e culturais que foram encontrados nas publicações. Ressalta-se o empoderamento feminino, o uso de mídias de massa, a religião e a violência contra a mulher como fatores de proteção e risco.

Como um dos critérios de elegibilidade utilizados para elencar as publicações desta revisão, o artigo deveria ser de caráter quantitativo e apresentar dados sobre a ocorrência de consulta, check-up ou controle de puerpério, o que possivelmente, tenha restringido os achados quanto a qualidade da atenção ao puerpério, uma vez que um número expressivo de publicações se limita ao investigar o número de consultas, deixando uma lacuna na investigação da qualidade da assistência prestada.

Cuidados de saúde de má qualidade no ciclo gravídico-puerperal aumenta o risco de doenças e incapacidades vitalícias. As puérperas podem desenvolver infecção pélvica, fístulas, prolapso uterino, fadiga e depressão. Os bebês podem correr risco de infecção ou comprometimento no neurodesenvolvimento devido a traumas no parto e/ou prematuridade (WHO, 2013, 2018). Medir a qualidade da assistência é um desafio devido a diversidade de abordagens e a falta de padrões a seguir. Percebe-se que as recomendações da OMS para atenção à saúde no período pós-natal são seguidas como padrão de uso dos serviços em boa parte dos estudos reportados, denotando uma maneira de acompanhar, ao menos, o acesso e a utilização dos serviços contudo não sendo possível verificar e avaliar as ações que são desenvolvidas pelas equipes de saúde. O número de consultas recomendadas pela OMS, quando não de maneira direta é possível encontrar referências dessas diretrizes na elaboração de políticas próprias para a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, em especial no puerpério.

A China, por ter realizado mudanças em seus padrões de atendimento, passou adotar uma adequação aos critérios estabelecidos pela OMS. A reforma dos serviços públicos de saúde recomenda que as mulheres recebam mais de cinco consultas de pré-natal e pelo menos uma consulta no puerpério. Em um dos estudos, os autores categorizaram como assistência não qualificada aquelas mulheres que receberam um número ≤ 4 de consultas pré-natal e como pré-natal qualificado aquelas com um número ≥ 5 de consultas de pré-natal (FAN et al., 2017).

Considerando a tríade estrutura-processo-resultado de Donabedian, como abordagem utilizada para avaliação da qualidade dos serviços prestados à saúde da mulher no puerpério, foram encontradas três publicações que a citavam (AL-SHAMMARI et al., 2019; LEFEVRE et al., 2018; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012). Para Donabedian (1978) o objetivo da avaliação da qualidade consiste em determinar o quão bem-sucedido foi uma determinada ação. Assim, o objetivo do monitoramento da qualidade é exercer uma vigilância constante para que desvios dos padrões aplicados possam ser detectados e corrigidos precocemente (DONABEDIAN, 1978). Para ampliar o conceito de qualidade, Lefevre et al. (2018) ainda considerou quatro, dos sete pilares da qualidade levantados por Donabedian (1990): a eficácia, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade. Esses pilares permitem avaliar se os cuidados prestados tem como base evidências que resultem em melhores resultados de saúde, maximizando o uso de recursos de modo a evitar o

desperdício, se o cuidado leva em consideração as preferências individuais e culturais de uma dada comunidade ou população e se a distribuição do cuidado não varia injustamente por características sociais (DONABEDIAN, 1990; LEFEVRE et al., 2018). As referências de Donabedian (DONABEDIAN, 1978, 1990) representam uma importante ferramenta de gestão no que consiste a avaliação da qualidade.

Autor/Ano/Pais onde foi realizado o estudo	Objetivo	Desenho	Amostra/POP	Dados de acesso/não acesso	Padrão de uso (PU) ou Indicador de qualidade (IQ)	Determinantes/Fatores associados	STROBE
Weir et al (2011) EUA Predictors of Prenatal and Postpartum Care Adequacy in a Medicaid Managed Care Population	Examinar os fatores que afetam o cuidado pré-natal e pós-parto para uma população segurada, mas vulnerável	Não refere (Estudo observacional - Transversal?)	1858	60%	Não menciona	Frequentar o Pré-natal	17,5
Tsai et al (2011) EUA Postpartum Follow-up Rates Before and After the Postpartum Follow-up Initiative at Queen Emma Clinic	Estudar as taxas de acompanhamento pós-parto, bem como oportunidades de aconselhamento, entre os pacientes da Clínica Queen Emma antes e depois da implementação da Iniciativa de Acompanhamento Pós-parto da Clínica Queen Emma	Não refere (Ensaio clínico randomizado)	221	86,10%	Não menciona	Participar da intervenção	NA
Islam et al (2011) Bangladesh Determinants of antenatal and postnatal care visits among Indigenous people in Bangladesh: A study of the Mru community	Examinar os fatores associados às visitas ANC e PNC entre a comunidade indígena Mru em Bangladesh e identificar os determinantes,	Transversal de método misto (quanti-quali)	374	6,40%	Não menciona	Escolaridade Ocupação Escolaridade do companheiro Ocupação do companheiro Serviço de saúde na localidade Uso de Mídias de massa	15,5

<p>Andreucci et al (2011) Brasil Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante</p>	<p>Avaliar a cobertura do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento segundo o cumprimento dos seus requisitos mínimos e indicadores de processo, comparando as informações do cartão da gestante com os do Susprenatal</p>	<p>Transversal</p>	<p>1.489</p>	<p>44,30%</p>	<p>PHPN</p>	<p>Não identificados/medidos</p>	<p>19</p>
<p>Rai et al (2012) Nigeria Utilization of Maternal Health Care Services among Married Adolescent Women: Insights from the Nigeria Demographic and Health Survey, 2008</p>	<p>Avaliar os fatores associados aos indicadores de saúde materna com referência às mães adolescentes e colocá-los no contexto da política e prática existentes que podem ajudar a desenvolver as estratégias para melhorar a prestação e o uso de serviços de saúde materna para atingir o objetivo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio</p>	<p>Não refere (Estudo observacional - Transversal?)</p>	<p>2434</p>	<p>43%</p>	<p>OMS</p>	<p>Frequentar o Pré-natal Frequentar quatro ou mais consultas de pré-natal Parto com profissional qualificado</p>	<p>16,5</p>
<p>Vilarinho et al (2012) Brasil Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério</p>	<p>Avaliar a qualidade da atenção pré-natal e puerperal a adolescentes com filhos nascidos vivos em instituição pública de saúde de Teresina, Piauí</p>	<p>Transversal</p>	<p>44</p>	<p>52,3% das adolescentes não retornaram à UBS até o 42º dia de pós-parto para consulta de revisão e não receberam visita domiciliar na primeira semana pós-parto.</p>	<p>Com a finalidade de analisar a qualidade de atenção ao puerpério, por meio da avaliação do processo, foram determinados quatro níveis de qualidade conforme a realização das ações recomendadas pelo Ministério da Saúde (retorno à UBS no pós-parto ou visita domiciliar na primeira semana após o parto; avaliação clínico-ginecológica na consulta puerperal; orientações sobre</p>	<p>Não identificados/medidos</p>	<p>18</p>

<p>Hemminki et al (2013) China Impact of Financial and Educational Interventions on Maternity Care: Results of Cluster Randomized Trials in Rural China, CHIMACA</p>	<p>Apresentar o desenho dos estudos de intervenção e relatar os resultados dos resultados básicos.</p>	<p>Ensaio clínico randomizado (Experimental)</p>	<p>3673</p>	<p>Na província de Anhui, 31,9% das mulheres que receberam a intervenção financeira tiveram 1 ou mais consultas pós-natal; 26,3% no grupo de intervenção clínica e os controles obtiveram 38,8%. Na província de Shaanxi, 50,8% das mulheres do grupo de intervenção financeira tiveram 1 ou mais consultas pós-natal em contraste com as 78,4% das mulheres do grupo controle.</p>	<p>aleitamento materno; orientações sobre planeamento familiar); inadequada, intermediária, adequada e adequado superior.</p>		<p>21</p>
--	--	--	-------------	---	---	--	-----------

<p>Hass et al (2013) Brasil Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre/RS</p>	<p>Estabelecer a proporção de acompanhamentos de pré-natal de baixo risco que atendam à recomendação do Ministério da Saúde quanto ao número mínimo de consultas e verificar possíveis fatores associados à adequação a essa recomendação, no Programa Pré-Natal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jardim Cascata, Porto Alegre-RS. Além disto, esse estudo visa descrever características das mulheres atendidas no programa, determinar o número de consultas pré-natal realizadas, determinar os exames diagnósticos realizados durante o pré-natal, identificar número de usuárias encaminhadas para pré-natal de alto risco e avaliar o número de consultas de puerpério.</p>	<p>Coorte</p>	<p>95</p>	<p>16,80%</p>	<p>PHPN (realização da consulta de puerpério)</p>	<p>Ter uma gestação de alto risco</p>	<p>18</p>
<p>Yamashita et al (2014) Filipinas A Cross-Sectional Analytic Study of Postpartum Health Care Service Utilization in the Philippines</p>	<p>Examinar a atual situação da utilização dos serviços de saúde pós-parto nas Filipinas e elucidar os fatores que afetam a utilização dos serviços de saúde pós-parto.</p>	<p>Transversal</p>	<p>64</p>	<p>47,4% de 3-41 dias após o parto</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Local de realização do parto em instalações médicas (ou seja, hospital, clínica ou centro de saúde) Conhecer o pós-parto</p>	<p>14,5</p>

<p>Xiang et al (2014) China Factors Influencing the Utilization of Postpartum Visits among Rural Women in China</p>	<p>Explorar os fatores associados aos serviços PPV e analisar como as políticas influenciam a equalização e a equidade nos cuidados de saúde materna na China rural. Esta pesquisa abordou as seguintes questões: (1) Existe alguma diferença entre as províncias na utilização dos PPVs? (2) Quais são os fatores potenciais associados aos PPVs? (3) Como as políticas influenciam a equalização e a equidade na atenção à saúde materna?</p>	<p>Transversal</p>	<p>347</p>	<p>20,2% nunca receberam quaisquer visita pós-parto</p>	<p>Uso padrão de visitas pós-parto (n = 3 visitas: aos 7, 28 e 42 dias após o parto conforme exigências da diretriz nacional) ou uso não padrão de visitas pós-parto (1 ≤ n ≤ 3), a fim de descobrir quais fatores influenciam o uso padrão de visitas de pós-parto. (três ou mais as visitas foram especificadas como uso padrão, uma vez que no mínimo três visitas</p>	<p>Compensação pela despesa de parto Habitar vilas suburbanas tiveram menos acesso aos serviços de consulta pós-natal Boa percepção da qualidade do serviço pela usuária Visitas domiciliares A qualidade do serviço foi avaliada por três questões destinadas a compreender as percepções dos participantes sobre os níveis de habilidade médica, atitude de serviço e paciência dos profissionais de saúde</p>	<p>18</p>
<p>Tarekegn et al (2014) Etiópia Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey</p>	<p>Identificar os fatores que afetam a utilização dos serviços de saúde materna na Etiópia.</p>	<p>Transversal</p>	<p>7908</p>	<p>9,70%</p>	<p>WHO</p>	<p>Educação Paridade Estado civil Frequentar pré-natal Residir em zona urbana Renda familiar (maiores)</p>	<p>20</p>
<p>Sado et al(2014) Albânia The influence of women's empowerment on maternal health care utilization: Evidence from Albania</p>	<p>O objetivo deste artigo é investigar a influência do empoderamento das mulheres dentro da família na utilização dos cuidados pré e pós-natais na Albânia.</p>	<p>Não refere</p>	<p>1303</p>	<p>88% dentro do 41º dia pós-parto 15,3% entre o 1º e o 41º dia pós-parto</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Poder de decisão da mulher em casa Atitudes em relação à violência doméstica Ocupação Escolaridade Situação patrimonial</p>	<p>20</p>
<p>Khanal et al (2014) Nepal Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: Analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011</p>	<p>Determinar os fatores associados à utilização do cuidado pós-natal I) nos primeiros 42 dias após o nascimento e II) nas primeiras 24 horas após o nascimento.</p>	<p>Transversal</p>	<p>4079</p>	<p>43,20%</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Residir em área urbana Renda familiar Escolaridade Escolaridade do parceiro Ter parto institucionalizado Frequentar quatro ou mais consultas pré-natais</p>	<p>18,5</p>

<p>Dibari et al (2014) EUA Use of Postpartum Care: Predictors and Barriers</p>	<p>Identificar as barreiras reais e percebidas para o cuidado pós-parto entre uma amostra probabilística de mulheres que deram à luz no condado de Los Angeles, Califórnia em 2007</p>	<p>Transversal</p>	<p>4075</p>	<p>91,70%</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Fatores de risco de não uso de cuidado pós-parto: Renda baixa Estado civil Ter seguro saúde Medi-Cal Não frequentar o pré-natal Fatores protetores: Mulheres de etnia hispânica</p>	<p>21,5</p>
<p>Souza et al (2014) Brasil Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério</p>	<p>Verificar a viabilidade de uma diretriz de assistência de enfermagem no puerpério na atenção primária à saúde</p>	<p>Quase-experimental</p>	<p>168</p>		<p>Intervenção uma consulta no puerpério imediato com sete a dez dias; dois atendimentos no puerpério tardio, sendo o primeiro de 25 a 30 dias e o segundo com 42 dias, e, finalmente, dois atendimentos no puerpério remoto com 60 e 90 dias. Controle Ter recebido da equipe de saúde minimamente os dois atendimentos preconizados pelo ministério da saúde e protocolo municipal: uma consulta domiciliar do enfermeiro ou uma consulta na unidade de atenção primária à saúde ou no local onde ocorreu o parto até o 10º dia de pós parto e outra consulta na unidade de atenção primária entre 30 a 42 dias de puerpério.</p>	<p>No grupo de intervenção: Maiores ocorrências de aleitamento materno exclusivo Realização do exame de Panicolau Uso de sulfato ferroso Melhor cobertura vacinal (vacinas antitetânica, contra a hepatite B e rubéola)</p>	<p>NA</p>

<p>Mohan et al (2015) Tanzania Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzania: multilevel analysis of a household survey</p>	<p>Examinar os fatores que estão associados ao uso de serviços de atendimento pós-natal na zona rural de Morogoro, na Tanzânia.</p>	<p>Transversal</p>	<p>1931</p>	<p>23,20%</p>	<p>(PU)Comparecer às consultas pós-natal na unidade de saúde de acordo com o seguinte cronograma - 1) Dentro de 48 h no caso de parto domiciliar, 2) Dentro de sete dias, 3) Aos 28 dias, 4) Aos 42 dias, 5) Aos seis meses.</p>	<p>Escolaridade Tipo de parto (parto cesariano ou uso de fórceps) Aconselhamento por um agente comunitário de saúde para buscar por cuidados pós-natal em uma unidade de saúde Teste de HIV aos RNs e parceiros Uso de planejamento familiar pós-parto Nível de confiança no sistema de saúde O menor uso de cuidados pós-natal foi associado: Parto hospitalar ou em centro de saúde ou em casa de parto/maternidade Inchaço grave do rosto e das pernas durante gravidez</p>	<p>20</p>
<p>Sultana et al (2015) Paquistão Low utilization of postnatal care: searching the window of opportunity to save mothers and newborns lives in Islamabad capital territory, Pakistan</p>	<p>Compreender o fenômeno de baixa utilização de consultas pós-natal entre as mães com filho de 0 a 1 mês de idade</p>	<p>Transversal</p>	<p>225</p>	<p>30%</p>	<p>Não mencionado</p>	<p>Escolaridade Disponibilidade de transporte Parto assistido por médico</p>	<p>11,5</p>
<p>Dutamo et al (2015) Etiópia Maternal health care use among married women in Hossaina, Ethiopia</p>	<p>O objetivo principal deste estudo foi identificar a utilização do serviço de saúde materna ao longo da gestação e parto de forma abrangente.</p>	<p>Transversal</p>	<p>623</p>	<p>51,4% das mulheres realizaram pelo menos um check-up pós-natal 24,1% foram examinados nas primeiras 24h após o parto 7,7% dentro de 24-48h 10,9% em 3-6 dias 8,3% dentro de 7-41 dias</p>	<p>WHO</p>	<p>Conhecer a importância do acompanhamento de pré-natal e pós-natal Renda familiar Conhecer sinais de perigo da gravidez Frequentar quatro ou mais consultas de pré-natal</p>	<p>19</p>

Bryant et al (2016) EUA Women's Use of Health Care in the First 2 Years Postpartum: Occurrence and Correlates	Apresentar resultados focados em mulheres no período pós-parto tardio que deram à luz em um grande centro médico acadêmico e que havia estabelecido atenção primária nesse sistema antes do parto.	6216	87,4% nos dois primeiros meses e 90,5% de 2 meses a 2 anos	Não mencionado	Ter condição médica crônica diagnosticada antes da gravidez Frequentar pré-natal em um centro de saúde comunitário urbano Receber atendimento obstétrico, primário ou outro atendimento ambulatorial não primário nos primeiros 2 meses pós-parto Morar mais perto do hospital	17,5
Silva et al (2016) Brasil Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da "Primeira Semana de Saúde Integral"	Avaliar o cuidado prestado à mulher na visita domiciliar da "Primeira Semana de Saúde Integral".	190	42,10%	Primeira Semana de Saúde Integral	Não identificados/medidos	17
Fan et al (2017) China Exploring status and determinants of prenatal and postnatal visits in western China: in the background of the new health system reform	O objetivo deste estudo foi explorar a situação atual e os determinantes das visitas pré-natais e pós-natais no contexto da nova reforma do sistema de saúde.	2398	Recomendação da OMS (três consultas) Zona Rural 25,29% Zona Urbana 26,48% Critério Chinês (uma consulta) Zona Rural 71,50% Zona Urbana 61,69%	OMS e Diretriz do governo chinês	Parto em instituição primária Escolaridade Paridade	19,5
Naseem et al (2017) Paquistão Maternal health status in terms of utilisation of antenatal, natal and postnatal services in a Periurban setting of Islamabad — A community based survey	Determinar o estado de saúde materna em termos de cuidados pré-natais, natais e pós-natais.	1275	34%	Não mencionado	Anticoncepção Frequência ao pré-natal Escolaridade	16

Roldán et al (2017) Equador Método de búsqueda activa comunitária para la captación de gestantes y puérperas en Ecuador	Documentar e analisar a experiência equatoriana na aplicação do método Busca Ativa Comunitária - BAC no recrutamento de gestantes e puérperas.	Transversal	4014	70%	Não mencionado	Não identificados/medidos	17
Banké-Thomas et al (2017) Quênia Maternal health services utilisation by Kenyan adolescent mothers: Analysis of the Demographic Health Survey 2014	Avaliar os padrões atuais de utilização de serviços por mães adolescentes quenianas e os fatores que afetam essa utilização	Não refere (O inquérito populacional KDHS é Transversal)	898	92%	WHO	ANTIONCEPÇÃO Paridade	20
Shahjahan et al (2017) Bangladesh Antenatal and postnatal care practices among mothers in rural Bangladesh: A community based cross-sectional study	Identificar os fatores associados à prática de cuidados pré-natais e / ou pós-natais entre mães de recém-nascidos de uma unidade de saúde em uma área selecionada da zona rural de Bangladesh	Transversal	360	17,80%	Não menciona	Escolaridade Assistir TV/uso de mídias em massa Renda familiar	22
Valdes et al (2017) Brasil Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da estratégia de saúde da família	Relatar a experiência do desenvolvimento de uma intervenção em uma Estratégia de Saúde da Família na cidade de Boa Vista em Roraima, cujo objetivo foi melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério na área de abrangência da equipe.	Estudo de intervenção	28 gestantes	100%	Rede Cegonha	Não identificados/medidos	NA

Abota et al (2018) Etiópia Postnatal Care Utilization and Associated Factors among Married Women in Benchii-Maji Zone, Southwest Ethiopia: A Community Based Cross-Sectional Study	Avaliar a utilização de serviços de consultas pós-natal e os fatores associados entre mulheres casadas na zona de Benchii-Maji, sudoeste da Etiópia	Transversal	765	51,24%	Não mencionado	Frequentar o pré-natal Ocupação A consciência dos problemas durante o período pós-natal	21
Akibu et al (2018) Etiópia Prevalence and Determinants of Complete Postnatal Care Service Utilization in Northern Shoa, Ethiopia	Fornecer uma evidência contemporânea sobre o nível de cobertura de PNC e vários fatores determinantes no norte de Shoa, Etiópia	Transversal	510	Completo: 28,4% Incompleto: 71,6%	Número de consultas (PU)	E escolaridade Tipo de parto Paridade	20
Angore et al (2018) Etiópia Determinants of postnatal care utilization in urban community among women in Debre Birhan Town, Northern Shewa, Ethiopia	Avaliar a magnitude da utilização de cuidados pós-natal e seus determinantes na cidade de Debre Birhan, norte da Etiópia	Transversal	390	83,30%	Não mencionado	Estado civil Conhecimento sobre os cuidados no pós-parto Parto em uma unidade de saúde	21
Gu et al (2018) China Determinants of the utilization of postpartum family visits: Evidence from rural areas of Eastern China	Identificar determinantes no nível do paciente associados à utilização de PFVs entre mulheres rurais na costa leste da China.	Não refere	884	23,4% nunca haviam recebido uma consulta pós-parto 40,4% receberam menos 3 visitas 36,2% receberam 3 ou mais visitas	A meta do governo é que pelo menos 70% das mulheres urbanas e 60% das mulheres rurais recebam pelo menos três visitas de pós-parto para cuidados de saúde dentro de seis semanas após o parto	Estado civil Ocupação E escolaridade Renda familiar Distância da unidade de saúde Paridade Instituição de realização do parto	17

<p>Kikuchi et al (2018) Cambodia Postnatal care could be the key to improving the continuum of care in maternal and child health in Ratanakiri, Cambodia</p>	<p>Avaliar a taxa de conclusão do continuum de cuidados e examinar os fatores associados ao continuum de cuidados em Ratanakiri, Camboja</p>	<p>Transversal</p>	<p>377</p>	<p>5,0% tiveram 4 consultas de pré-natal + parto assistido + consulta de puerpério 16,2% receberam consulta de puerpério</p>	<p>Neste estudo, a continuidade da assistência foi definida como assistência pré-natal pelo menos quatro vezes, parto por parteira qualificada (médicos, parteiras ou enfermeiras do centro de saúde ou hospital) e assistência pós-natal pelo menos uma vez. Os participantes que receberam todos esses componentes, foram considerados como tendo concluído o cuidado contínuo.</p>	<p>Longa distância da unidade de saúde Consciência sobre o cuidado pós-natal</p>	<p>18</p>
<p>Lefevre et al (2018) Tanzânia Program assessment of efforts to improve the quality of postpartum counselling in health centers in Morogoro region, Tanzania</p>	<p>Medir a qualidade da instalação de controle de pós-parto (PPC) e avaliar os efeitos dos insumos programáticos para melhorar a prestação de serviços PPC em nove Centros de Saúde que receberam treinamento adicional e insumos supervisionados em comparação a outros nove Centros de Saúde sem tais insumos.</p>	<p>quase-experimental</p>	<p>41</p>	<p>Até o 7º dia: CSP (54%) NCSP (42%) Até o 28º dia: 22% das mulheres compareceram aos serviços - CSP (15%) NCSP (32%) Até o 42º dia: 29% das mulheres compareceram aos centros de saúde - CSP (4%) NCSP (11%)</p>	<p>As estruturas para avaliar a qualidade do atendimento remontam às três dimensões de Donabedian: (1) estrutura, (2) processo e (3) resultado. A definição de qualidade ainda foi ampliada para incluir dimensões de eficácia, eficiência, aceitabilidade e a equidade. Ainda, foi considerada a expansão dessas dimensões pela OMS para incluir acessibilidade e a segurança.</p>	<p>Não identificados/medidos</p>	
<p>Masho et al (2018) EUA Correlates of Postpartum Visits Among Medicaid Recipients: An Analysis Using Claims Data from a Managed Care Organization</p>	<p>Identificar correlatos de PPCVs entre mulheres de baixa renda em áreas rurais e urbanas na Virgínia.</p>	<p>Não menciona (Transversal)</p>	<p>25.692</p>	<p>49,50%</p>	<p>Não menciona</p>	<p>Fatores de risco Tabagismo Frequência ao pré-natal Fatores de proteção Minorias raciais / étnicas Recebem a maior parte de seus cuidados pelo governo federal</p>	<p>18,5</p>

Danilack et al (2019) EUA Characteristics of women without a postpartum checkup among PRAMS participants, 2009–2011	Determinar se as características maternas, da gravidez e do bebê estão relacionadas ao comparecimento a uma consulta pós-parto. Expandimos os estudos anteriores, examinando fatores de gravidez e características do parto para melhor compreender as populações vulneráveis que não estão comparecendo à consulta pós-parto.	Transversal	64952	89,40%	Não mencionado	Idade Estado civil Escolaridade Renda Sem seguro saúde Tabagismo Pré-natal inadequado ou em nível desconhecido Parto domiciliar Tipo de parto (parto vaginal) Gravidez não planejada Paridade Abuso do parceiro/violência doméstica	18,5
Monteiro et al (2019) Brasil Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period in Ceará, Brazil	Avaliar o acesso e a integralidade do cuidado à mulher durante a gestação e o puerpério em uma macrorregião do Ceará, Brasil	Transversal	1701	37,90%	Não mencionada	Não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com parto normal e de alto risco.	17,5
KHAKI et al (2019) Malawi Factors associated with the utilization of postnatal care services among Malawian women	Investigar quantitativamente os fatores que estão associados à captação de serviços de PNC, a fim de informar a política e a tomada de decisão em nível nacional.	Não refere	6693	48,40%	WHO	Idade Ocupação Residir em uma área urbana, Tipo de parto (cesáreo) Parto com profissional de saúde Paridade (5 ou mais filhos) Frequentar a quatro ou mais consultas de pré-natal Receber o número adequado de injeções de tétano	15,5

AL-Shammari et al (2019) Quênia Implementation of an international standardized set of outcome indicators in pregnancy and childbirth in Kenya: Utilizing mobile technology to collect patient-reported outcomes	Adaptar o padrão de gravidez e parto do ICHOM para uso em assentamentos informais de Nairóbi, para determinar a viabilidade de usar uma plataforma de telefone móvel para acompanhar pacientes e coletar medidas de resultados relatados por pacientes (PROM) em uma população com acesso limitado de outra forma ao cuidado longitudinal.	quase-experimental	204	51%	Donabedian	Não identificados/medidos	
Olajuwu et al (2019) Nigéria Predictors of Postnatal Care Services Utilization Among Women in Nigeria: A Facility-Based Study	Avaliar o nível de utilização dos serviços de PNC e seus preditores entre mulheres no pós-parto no estado de Ekiti, Nigéria	Transversal	405	22%	Não mencionado	Idade Escolaridade Ocupação Frequência ao pré-natal Conhecimento sobre os cuidados puerperais Experiência prévia com cuidados puerperais Planejamento familiar Ter amigas que utilizaram cuidados puerperais	17,5
Gonçalves et al (2019) Brasil Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte	Avaliar a frequência da não consulta de puerpério e os fatores associados em mulheres residentes em município de médio porte no sul do país	Coorte prospectiva	572	24,8% sem acesso	Não mencionado	Renda familiar Escolaridade Apresentar alguma comorbidade durante a gestação Realizaram o pré-natal em serviço público Não usaram método anticoncepcional no pós-parto	20,5

Fusquine et al (2019) Brasil Adesão e rejeição à consulta puerperal por mulheres de uma unidade básica de saúde da família	Identificar a motivação da consulta puerperal na primeira semana de nascimento da criança, pela da identificação do perfil epidemiológico e gravídico das mulheres usuárias da Unidade Básica de Saúde, da análise do nível de adesão e rejeição das consultas de enfermagem propostas pelo Ministério da Saúde e da identificação os principais motivos da adesão e rejeição das mesmas.	Estudo descritivo retrospectivo	65	43,08%	Não mencionado	Não identificados/medidos	NA
Assis et al (2019) Brasil Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?	Apresentar os principais indicadores relacionados à implementação da Rede Cegonha na Regional de Saúde Sudoeste II, do estado de Goiás, entre os anos 2011 e 2015	Ecológico	1266	5 mulheres concluíram o pré-natal (7 ou mais consultas + consulta de puerpério)	Rede Cegonha	Não identificados/medidos	NA
Silva et al (2020) Brasil Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde	Caracterizar e avaliar a qualidade da assistência prestada no parto e pós-parto, a partir da visão de mães, usuárias dos serviços de Atenção Primária à Saúde, com enfoque nos aspectos relativos à humanização	pesquisa quantitativa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem avaliativa	200	54,5% buscaram o serviço de saúde na primeira semana após o nascimento	Rede Cegonha	Não identificados/medidos	NA

Quadro 6 – Descrição do objetivo(s), desenho, amostra, prevalência de acesso à consulta de puerpério, indicador de qualidade da assistência e pontuação STROBE nos dezesseis estudos publicados entre os anos de 2015 e 2020 e que foram selecionados para a revisão sistemática.

5 Marco Teórico

5.1 Referencial Teórico

Este trabalho apresenta como referencial teórico a tríade de classificação de Donabedian – estrutura, processo e resultado - para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados às mulheres que acessaram a consulta de puerpério (DONABEDIAN, 1978).

De posse desse referencial e, reunidas as referências acerca da qualidade no puerpério por meio da revisão de literatura, busca-se a seguir, traçar o marco teórico. Este se justifica pela tentativa de explicar a relação existente entre as variáveis independentes na ocorrência do desfecho para que posteriormente, seja apresentado o modelo teórico no qual este trabalho será conduzido.

Na busca por responder aos objetivos propostos neste estudo, bem como, corroborar com as hipóteses levantadas neste projeto de tese, o modelo teórico apresentado está baseado nos determinantes sociais em saúde (DSS) (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021). Os DSS são definidos pela OMS como fatores que extrapolam os limites de atuação do setor saúde mas que interferem em seus resultados acarretando, inevitavelmente, nos processos de adoecimento de uma dada população. Em síntese, DSS são as condições que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, sob o conjunto mais amplo de domínios e sistemas capazes de conformar as condições de vida habituais dessa população assim, exercendo uma influência considerável nas iniquidades em saúde. Dessa forma, em países de todos os níveis de renda, a saúde e a doença seguem um gradiente social, ou seja, quanto menor a posição socioeconômica, pior é a saúde de sua população (WHO, 2022).

Evidências indicam que apesar de não ser possível isolar o impacto das ações em atenção primária em saúde, é sobejamente aceitável que resultados positivos em saúde da população brasileira estejam vinculados à implementação do SUS e ao avanço da cobertura da estratégia de saúde da família no país. Resultados positivos

esses que, em especial, são representados pela melhoria do acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento do diagnóstico e na facilidade do acesso aos medicamentos (NEDEL et al., 2008; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Logo é possível afirmar que a equidade e a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde contribuem para a redução das desigualdades em saúde (ALMEIDA-FILHO, 2020; BRASIL, 2011d; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; NEDEL et al., 2008).

A demanda por serviços de qualidade é imposta pela necessidade de que as ações em saúde sejam eficazes e de baixo custo, promovendo a manutenção e sustentabilidade dos sistemas de saúde (ARAUJO; LOBO; MEDICI, 2022). Nesse sentido, conhecer e, portanto, avaliar a qualidade dos serviços de saúde tem sido temática relevante na abordagem de pesquisadores em saúde nos últimos anos .

A qualidade inclui avaliações da oferta de cuidados, denotado por meio da quantidade e qualidade de recursos demandados e/ou adotados bem como a utilização e a cobertura da oferta, além do impacto gerado sobre a saúde das populações (SANTOS; VICTORA, 2004). O objetivo da avaliação da qualidade é determinar o quão bem sucedida foi determinada ação e o objetivo do monitoramento da qualidade é exercer a vigilância constante permitindo que desvios nos padrões estabelecidos possam ser detectados e corrigidos. Para que essa avaliação seja realizada, a definição de qualidade deve ser precisa e operacional na forma de critérios e padrões específicos (DONABEDIAN, 1978). Assim, o cuidado individual prestado pelos serviços de saúde, levando em consideração os padrões fundamentados na medicina baseada em evidências, deve ser inserido no contexto da prestação de cuidados às populações considerando noções adicionais de equidade e eficiência que, na saúde pública, se observa por meio da presença de outros elementos que permeiam a intervenção, mas modificáveis como as características da população, do sistema de saúde ou de seu ambiente (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000; DONABEDIAN, 1978 e SANTOS; VICTORA, 2004).

Santos e Victora (2004) destacaram que “a qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética”, ou seja, prestar um serviço à saúde que seja eficaz e que contemple as recomendações padronizadas reconhecidas conforme sua cientificidade. Porém, prestar serviços de cuidados em saúde com qualidade não alcança a todos de maneira igual e, frequentemente, não honra os direitos e a dignidade daqueles que os buscam (WHO, 2018).

Para a OMS, a qualidade do cuidado é considerada multifacetada e descrita a partir de diferentes perspectivas e dimensões, incluindo às referidas por profissionais de saúde, gestores e pacientes, baseadas nas características de qualidade: segurança, eficácia, oportunidade, eficiência, equidade e foco no paciente. Assim, vários modelos para avaliar a qualidade foram utilizados para orientar, mediante uma estrutura conceitual, aos profissionais da saúde, gestores e aqueles que traçam políticas para a melhoria da qualidade dos serviços em saúde prestados às mulheres e aos recém-nascidos. Surge, então, a estrutura que permite, por meio da identificação de oito domínios, avaliar, melhorar e monitorar o atendimento nas unidades de saúde no contexto do sistema de saúde. Além de contemplar domínios relacionados à estrutura dos serviços, esse modelo permite conhecer as perspectivas de mulheres, famílias e da comunidade sobre o quanto a qualidade dos serviços de atenção à maternidade influenciam a decisão de buscar atendimento, os quais são componentes essenciais para a geração de demanda e acesso a serviços materno-infantis de alta qualidade – Figura 2 (WHO, 2016).

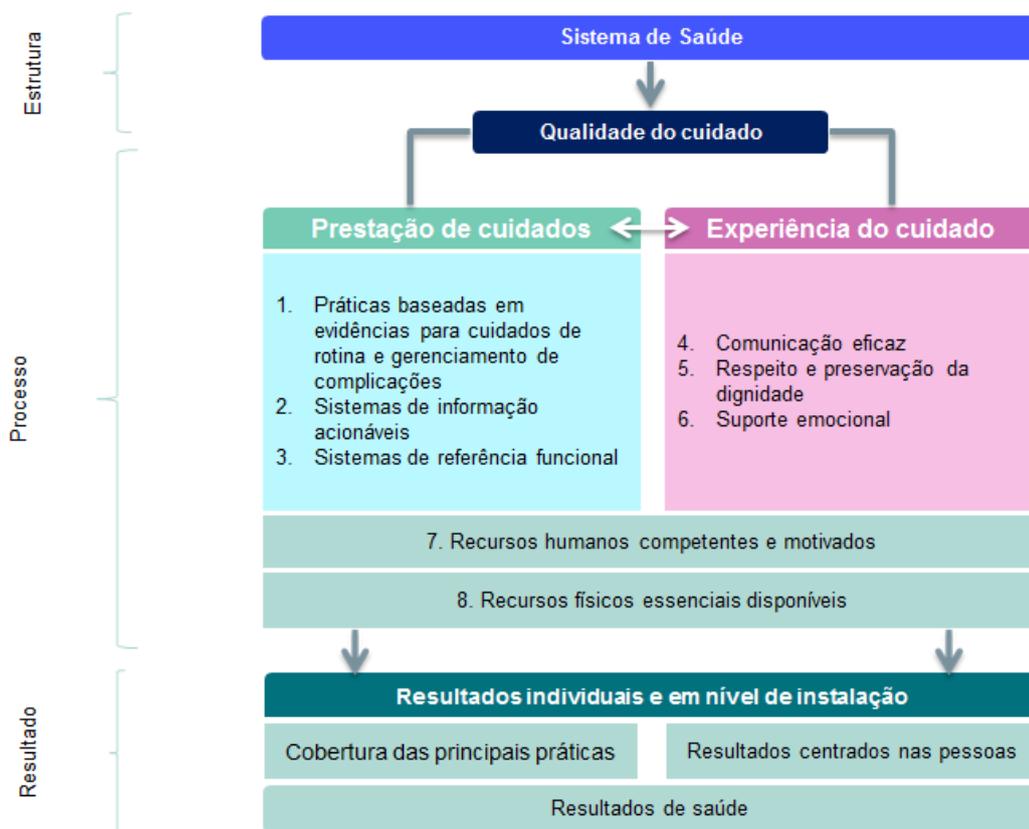


Figura 2 - Estrutura da OMS para a qualidade da atenção à saúde materna e neonatal. Fonte: WHO (2016) - adaptado pela autora.

Outrossim, as condições sociais dos indivíduos afetam a saúde de diferentes maneiras e os impactos podem ser observados não apenas em gerações atuais, mas nas gerações vindouras, como é o caso da saúde materna (VAN DER MEER et al., 2022). A busca por análises das relações entre saúde e seus determinantes sociais repercute fortemente na tentativa de explicar a influência em que o meio sociopolítico e ambiental exercem na saúde das pessoas e, assim, encorajando os pesquisadores a pensar além dos serviços de saúde e do setor de saúde, formando um modelo lógico de análise de camadas de influências na saúde (BUSS; FILHO, 2007; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021; VAN DER MEER et al., 2022) – Figura 3. Considerar as relações entre os determinantes sociais em saúde tornou-se particularmente útil aos que atuam em diversos setores fora do setor de saúde, em especial os formuladores de políticas públicas em saúde, ajudando-os a escapar da noção comum de que a saúde é determinada em grande parte pelos serviços formais de saúde e, assim, encorajando-os a pensar no quê podem fazer em seu próprio setor para influenciar a saúde da população (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021).

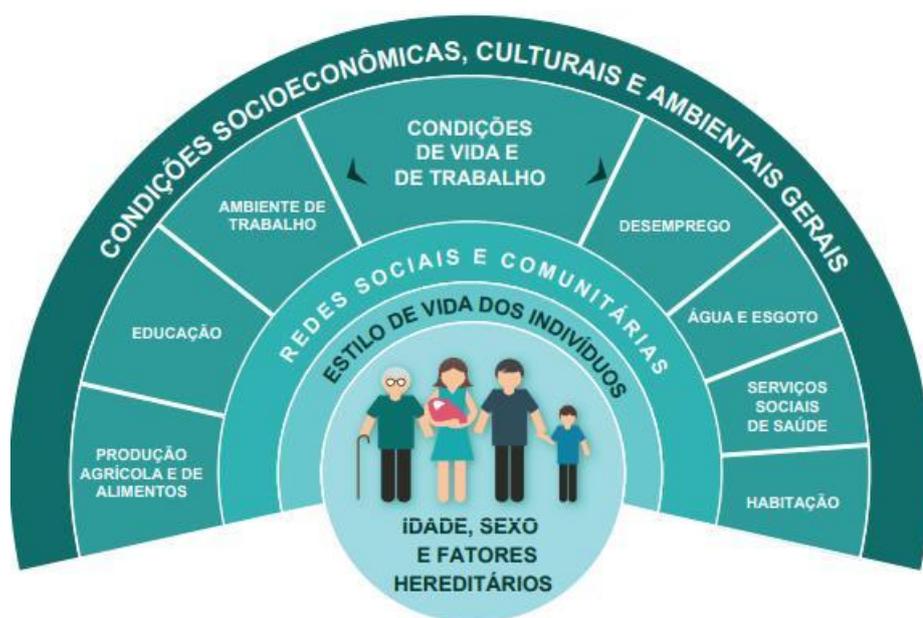


Figura 3 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead. Fonte: UNASUS (2017)

Dentro desse modelo teórico estão dispostos vários determinantes, em diferentes camadas conforme sua abrangência, desde um nível proximal aos determinantes individuais até uma camada distal onde estão situados os macrodeterminantes - relacionados com aspectos econômicos, ambientais, culturais da sociedade em geral (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021).

Serão considerados como macrodeterminantes de contexto e, portanto, distais ao desfecho, as regiões geopolíticas do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) suas Unidades de Federação (UF) e bem como as características dos municípios quanto ao seu porte populacional. Em nível nacional, estudos avaliaram serviços de AB, demonstrando desigualdades regionais relativas à estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes de saúde sugerindo que, mesmo com a expansão da AB, ainda permaneciam disparidades na qualidade dos serviços oferecidos (FACCHINI et al., 2006; TOMASI et al., 2015; CRUZ et al., 2019).

De maneira tradicional, a sociedade recorre ao setor saúde para lidar com as suas demandas relacionadas ao processo saúde-doença e, decerto a má distribuição de cuidados de saúde, eximindo os cuidados aos mais necessitados, torna-se um dos determinantes sociais da saúde (WHO, 2010b).

Componentes do contexto social a nível municipal como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), além da renda média per capita, cobertura da ESF e, ainda, o porte populacional são características relevantes na análise. O maior IDH é um proxy de riqueza e desenvolvimento econômico (FACCHINI et al., 2006). O índice varia de zero (sem desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total) (PNUD, 2022). Municípios com maior IDH, por exemplo, apresentaram melhores estruturas e processo de trabalho, possivelmente devido às melhores condições econômicas atribuída aos grandes centros urbanos, com maior capacidade de investimento em equipes de saúde completas e capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado (FACCHINI et al., 2006; TOMASI et al., 2015, 2017).

Entretanto, em pequenos municípios que concentram as maiores coberturas da ESF, sendo em geral, aqueles que apresentam menor IDH, as pessoas de menor classe econômica e escolaridade e que geralmente estão localizados em áreas internas e remotas do país, são observados os resultados que expressam equidade e inclusão (TOMASI et al., 2015).

Essa observação se dá supostamente por interação dos determinantes de nível macro, como políticas de saúde, educação ou mercado de trabalho, que impactam sobre os determinantes intermediários. Por sua vez, esses determinantes, representados pelas condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e ou biológicos, além do próprio sistema de saúde, dão forma às condições de saúde dos indivíduos. Logo, a posição socioeconômica dos indivíduos, influencia seu ambiente diário e exposições (CARVALHO, 2013; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; WHO, 2010).

Nesse contexto, com o modelo teórico elaborado, buscar-se-á explicar como os macrodeterminantes influenciam o acesso e a qualidade da consulta puerperal observados nos ciclos I, II e III do PMAQ. Além dos macrodeterminantes, serão investigadas de que forma os determinantes de nível intermediário e os microdeterminantes (escolaridade, renda, cor da pele e variáveis obstétricas relacionadas à assistência ao pré-natal) poderão interferir na utilização e na qualidade da assistência ao puerpério na AB a nível nacional por meio da avaliação de indicadores do PMAQ-AB em seus três ciclos.

Como consequência das relações acima mencionadas, é sugerida que uma mulher no puerpério, usuária de um serviço de saúde oriundo de uma determinada região, possa ter características que assinalam o acesso a serviços de qualidade tais como possuir seis ou mais consultas de pré-natal, receber maiores informações acerca da importância do cuidado à saúde durante o período gravídico-puerperal entre outros (BARATIERI et al., 2022; FLORES-QUISPE et al., 2022; SILVA et al, 2020).

Apesar de possuímos um Sistema Único de Saúde que ofereça assistência pré-natal universal, são encontradas disparidades quanto ao uso desse serviço. Essa desigualdade é explicada por características geográficas, demográficas e socioeconômicas das pessoas gestantes (ANJOS; BOING, 2016). Entre as variáveis associadas à realização de um maior número de consultas de pré-natal, Anjos e Boing (2016) destacaram a elevada escolaridade, viver com companheiro, residir nas regiões Sudeste e Sul, ter pelo menos três gestações, apresentar idade gestacional de 42 semanas ou mais e ter filhos com peso normal ao nascer. Pessoas gestantes mais velhas, pela possibilidade de estarem mais expostas ao cuidado pré-natal em gestações prévias ou por receberem informações sobre o cuidado por meio de outras fontes, podem lembrar mais das recomendações do que as mais jovens (TOMASI et al., 2017).

Características do processo de trabalho das equipes encontram-se como determinantes distais da qualidade dos serviços em saúde (Figura 4). Para que seja factível a avaliação da perspectiva do usuário sobre a qualidade do serviço recebido é indispensável que o usuário tenha uma experiência prévia de acesso e utilização desse serviço. É sabido que a adesão das pessoas no puerpério à consulta puerperal é maior quando recebem visita domiciliar do ACS. Além disso atributos da APS, tais como, acessibilidade, continuidade do cuidado, longitudinalidade, integralidade e resolubilidade, são considerados relevantes na reorientação da organização dos serviços e das práticas dos profissionais e devem ser analisados para aprimorar a atenção em saúde no pós-parto (BARATIERI et al., 2022; VIEIRA et al., 2021). Ainda que as características do processo de trabalho tenham impacto sobre o acesso aos serviços em saúde de qualidade, a estrutura desses serviços, enquanto macro determinante da qualidade da assistência, interfere diretamente nos resultados em saúde. É possível pensar que as características dos municípios avaliados, possam exercer influência direta sobre as características das UBS enquanto modelo de atenção, seja ESF ou tradicional, bem como sua localização, seja ela rural ou urbana. Essas características podem estar relacionadas com a estrutura dessas UBS, tais como investimentos na estrutura física e recursos humanos e materiais que, em geral, são apontados como aspectos limitadores para a atuação dos profissionais (AMARO et al., 2021).

Logo, uma pessoa que não recebeu uma atenção qualificada de pré-natal, torna-a mais suscetível a não retornar ao serviço de saúde no período pós-parto (GONÇALVES et al., 2019; PINTO et al., 2021). Ainda nessa mesma lógica, de ter frequentado um serviço de qualidade, essa pessoa já no puerpério retornará ao serviço quando durante o período gestacional apresentou alguma morbidade ou desvio de normalidade fisiológica esperada para uma gestação de baixo risco (GONÇALVES et al., 2019; PINTO et al., 2021).

Dessa forma as iniquidades em saúde demonstram afetar mulheres de menor renda e escolaridade, bem como aquelas mais expostas a gestações recorrentes, comprometendo a assistência no puerpério, pois são essas pessoas que comparecem menos aos consultórios (GONÇALVES et al., 2019; PINTO et al., 2021). Portanto, dentro do contexto de atenção ao puerpério, em um cenário que indica a necessidade de uma melhor organização e oferta dos serviços ao ciclo gravídico-puerperal, é

imperativo planejar ações considerando a redução de iniquidades (DOMINGUES et al., 2020).

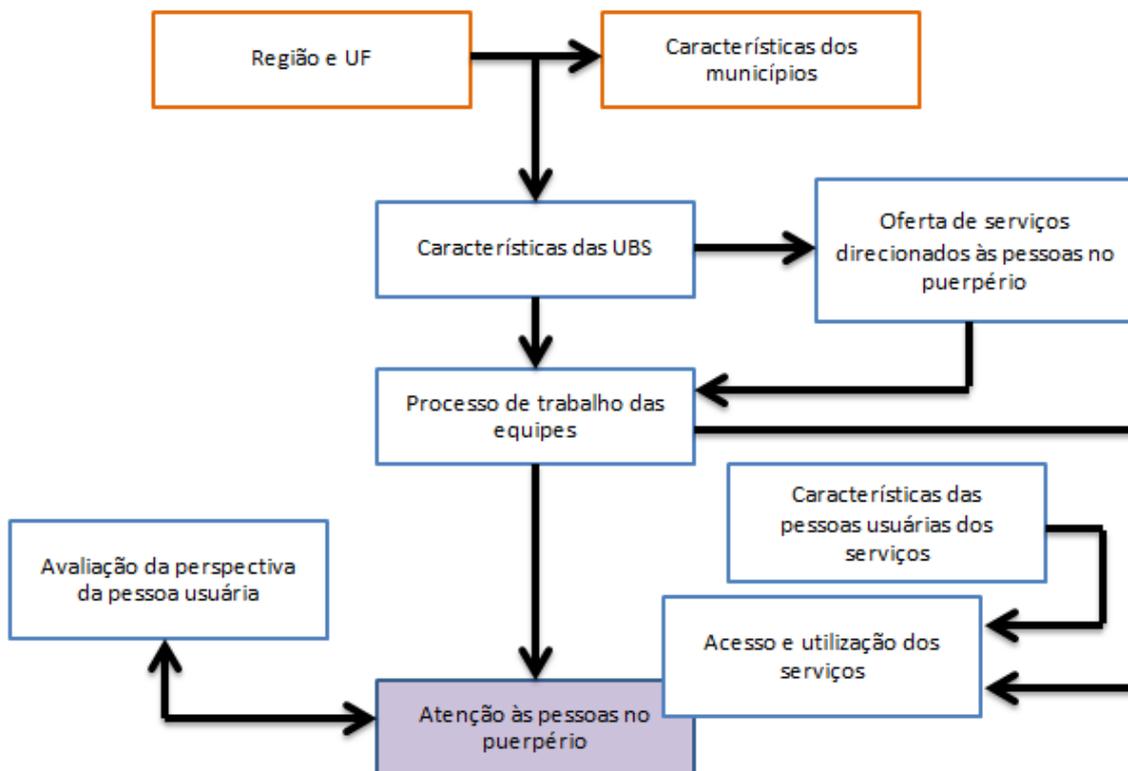


Figura 4 - Modelo teórico dos determinantes da atenção ao puerpério – elaborado pela autora.

6 Metodologia

Para a elaboração desta tese serão utilizados dados oriundos da fase de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, Ciclos I, II e III. O PMAQ-AB foi uma iniciativa do governo federal do Brasil para ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária prestada aos usuários do SUS a partir da avaliação dos serviços de atenção básica. Instituída pela Portaria Governamental nº 1.654, de 19 de abril de 2011 o PMAQ-AB teve seu término com a instituição do Previne Brasil no ano de 2019 por meio da Portaria Ministerial nº 2.479 , de 12 de novembro de 2019, estabelecendo um novo modelo de financiamento do custeio da atenção primária.

Tanto para o primeiro artigo (Acesso à assistência no puerpério no âmbito da atenção primária à saúde ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB: prevalência e fatores associados) quanto para o segundo artigo (Mudanças nos indicadores de qualidade da atenção ao puerpério na atenção básica de saúde no período 2011-2018: contribuições do PMAQ-AB) serão utilizados os dados do Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde - ; Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde - e Módulo III – Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde – disponíveis de todas as UBS.

6.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, de desempenho das equipes de atenção primária à saúde do Brasil participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, por meio de três inquéritos transversais realizados durante a avaliação externa dos ciclos 1 (ano de 2011), 2 (ano de 2014) e 3 (ano de 2018). Esse delineamento possibilita a comparação dos serviços que participaram dos ciclos 1, 2 e 3. Ainda, as avaliações de adequação também podem mostrar uma falta de mudança nos indicadores, sugerindo, em condições normais,

que o programa não foi eficaz. No entanto, em situações especiais como condições socioeconômicas precárias, a falta de mudança desses indicadores demonstra que o programa tem sido eficaz em fornecer uma rede de segurança para a população afetada (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999).

6.2 População-alvo

A população alvo será constituída de mulheres com filhos de até dois anos, usuárias de unidades básicas de saúde.

6.3 Amostra do estudo

6.3.1 Unidades de saúde

A amostra da avaliação externa do PMAQ-AB, nos Ciclos I, II e III, será composta de todas as unidades de saúde onde estavam atuando as equipes indicadas pela gestão municipal para aderir ao processo de avaliação. Para os artigos 1 e 2 serão utilizados os dados de estrutura disponíveis, que foram submetidas à avaliação externa, entre os anos de 2012 a 2018 (38.812 UBS no Ciclo I, 24.055 UBS no Ciclo II e 28.939 UBS no Ciclo III) (FACCHINI; TOMASI; THUMÉ, 2021).

6.3.2 Equipes de saúde e profissionais das UBS

Todas as equipes participantes do PMAQ-AB fizeram parte da amostra total (Ciclo I 17.202 equipes; Ciclo II 29.778 equipes e Ciclo III 37.350 equipes). Foi entrevistado um profissional de saúde (informante chave) de cada equipe. Na maioria das vezes ou o (a) enfermeiro (a) (93%) ou o (a) médico (a) (6%) foram os profissionais que responderam às questões referentes ao processo de trabalho da equipe avaliada (FACCHINI; TOMASI; THUMÉ, 2021).

6.3.3 Usuárias

Este projeto de tese utiliza um recorte amostral, com os dados de mulheres na idade de 18 anos ou mais usuárias de UBS avaliada, presentes na unidade por ocasião da avaliação externa do PMAQ-AB e que responderam às seguintes perguntas:

“A senhora já ficou grávida alguma vez?” (CI - III.11.1/CII - III.13.1/ CIII - III.13.1: A senhora ficou grávida nos últimos 2 anos?)

Se a resposta foi ‘Sim’, perguntou-se:

“A criança tem até dois anos?” (CI - III.11.2/ CII - III.13.2/ CIII - CIII - III.13.1: A senhora ficou grávida nos últimos 2 anos?)

Dentre as mulheres que mencionaram, na ocasião da entrevista, que já haviam engravidado alguma vez, 19,3% (n=8.777) referiram ter filhos menores de dois anos no Ciclo I, 15,7% (n=13.043) no Ciclo II, e 14,6% (15.745) no Ciclo III (FACCHINI; TOMASI; THUMÉ, 2021).

6.4 Critérios de inclusão

Para compor o estudo serão consideradas elegíveis:

- Ser mulher;
- Ter mais de 18 anos;
- Ter tido filhos nos dois anos anteriores a data da coleta de dados de cada ciclo do PMAQ-AB;
- Ter utilizado o serviço avaliado pelo menos uma vez nos últimos doze meses anteriores à entrevista;
- Estar aguardando atendimento no momento da entrevista;

6.5 Fonte de dados

A fonte de dados para compor este estudo será obtida por meio do banco dados da avaliação externa do PMAQ-AB, disponíveis no portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) por meio do endereço eletrônico <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>.

O trabalho de campo em todo o país ocorreu entre os meses de maio e dezembro de 2012 para o Ciclo I, novembro de 2013 e outubro de 2014 para o Ciclo II, e julho de 2017 a agosto de 2018 para o Ciclo III (FACCHINI; TOMASI; THUMÉ, 2021).

A avaliação externa foi executada operacionalmente, em seu primeiro ciclo, sob liderança das Universidades Federais de Pelotas (UFPe), Rio Grande do Sul (UFRGS), Minas Gerais (UFMG), Bahia (UFBA) e Rio Grande do Norte (UFRN) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e Universidade Federal de Sergipe (UFS) se juntaram à coordenação a partir do Ciclo II (FACCHINI; TOMASI; THUMÉ, 2021).

Durante os três ciclos, as coletas dos dados foram realizadas por entrevistadores previamente selecionados e treinados para o trabalho de campo incluindo manuseio dos equipamentos eletrônicos. Os entrevistadores foram ainda orientados quanto aos critérios de exclusão aplicáveis aos(as) usuários(as) entrevistados(as): não continuar a entrevista se for a primeira vez que o(a) usuário(a) vem até a unidade de saúde; não continuar a entrevista se o(a) usuário(a) tenha frequentado há mais de doze meses a unidade de saúde; e não realizar a entrevista se o(a) usuário(a) for menor de dezoito anos.

Os dados foram coletados por meio de formulários eletrônicos, instalados em *tablets* para aplicação e registro e, logo, enviados por meio automatizado ao servidor central no Ministério da Saúde. Foi realizada supervisão contínua do trabalho de campo para garantir a qualidade dos dados coletados, além da checagem de inconsistências e utilização de um validador eletrônico dos dados. Coube a cada uma das instituições que liderou a avaliação externa a resolução das inconsistências apresentadas ao longo do processo de coleta dos dados.

Para cada um dos ciclos da avaliação externa o instrumento de coleta de dados consistiu em questões estruturadas, elaboradas pelo Ministério da Saúde em parceria

com as IES líderes e era dividido em três módulos: o primeiro módulo (Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde) verificava a infraestrutura da UBS e o segundo (Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde) avaliava o processo de trabalho das equipes, por meio de entrevistas com profissionais. O terceiro módulo (Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde) coletou entrevistas com os usuários frequentadores da UBS sobre sua percepção acerca do cuidado recebido naquele lugar e por aquelas equipes.

6.6 Principais variáveis do estudo

Neste estudo, a avaliação do acesso e da qualidade do cuidado no puerpério será realizada a análise do acesso aos serviços pelas pessoas puérperas além da análise organizacional da estrutura e dos processos assistenciais ofertados às mulheres do território abrangente realizados pelas unidades e equipes de saúde.

O Caderno de Atenção Básica nº 32 foi utilizado para orientar a escolha de questões no banco de dados do PMAQ-AB elegendo aquelas que permitam construir as variáveis do estudo necessárias para avaliar o acesso e a qualidade do cuidado no pré-natal e puerpério. Ainda, foram elencadas questões acerca dos atributos da atenção primária dentre as ações avaliadas pelo PMAQ-AB.

Para direcionar a análise e a interpretação, os dados foram distribuídos conforme os domínios do referencial da OMS para a qualidade da atenção à saúde materna e neonatal - Figura 2. Esse referencial pode ser utilizado para avaliar as características ou dimensões da qualidade da atenção em diversos setores do sistema de saúde, sob a perspectiva dos usuários, prestadores de serviços e gestores dos serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

6.6.1 Definição operacional das variáveis

6.6.1.1 Definição de desfecho

Para o artigo 1 (Tendências da Assistência ao Puerpério no Brasil no Âmbito da Atenção Primária) o desfecho será a realização da consulta de revisão de parto, ou seja, quando a pessoa entrevistada responder “SIM” à seguinte questão: **“A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?”** (CI - III.13.1/ CII - III.15.1/ CIII – III.14.1)

O artigo 2 (Qualidade da atenção ao puerpério no âmbito da atenção primária no Brasil) trará como desfecho um indicador sintético elaborado a partir da união de outros indicadores cujas questões são oriundas dos módulos I, II e III comuns a todos os ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, conforme demonstrado no Quadro 7.

Neste estudo, será considerada uma atenção de qualidade ao puerpério quando a resposta às questões for “SIM” em sua totalidade dos indicadores levantados. Utilizou-se ainda como referência para compor o indicador sintético as condições básicas para a assistência pré-natal, descritas no Caderno de Atenção Básica nº 32 (CAB 32) do Ministério da Saúde – Atenção ao Pré-Natal de baixo risco (BRASIL, 2013b). A utilização do CAB 32 tornou-se útil para reunir informações acerca da estrutura e processos necessários para o atendimento às necessidades de cuidado demandadas pela pessoa no puerpério conforme evidências apontadas ao ciclo gravídico-puerperal reunidas nesse material.

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde			
	Ciclo I	Ciclo II	Ciclo III
Acolhimento (Catagórica dicotômica)	I.9.4.Recepção Quantidade	I.10.1.5. Sala de recepção e espera	I.6.1. Sala exclusiva para recepção/espera
Há sala para procedimentos? (Catagórica dicotômica)	I.9.13 Sala de procedimento Quantidade	I.10.1.19. Sala de procedimentos	I.6.3. Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade? Sala exclusiva para procedimentos
A UBS possui sala de vacinas? (Catagórica dicotômica)	I.9.15 Sala de vacina Quantidade	I.10.1.7. Sala de vacina	I.6.1. Sala exclusiva de vacina
A UBS possui Esfigmomanômetro ? (Catagórica dicotômica)	I.11.2. Aparelho de pressão adulto	ES - I.12.2. Aparelho de pressão adulto	I.8.2 - Essencial Quantos aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso?
A UBS possui estetoscópio? (Catagórica dicotômica)	I.11.12. Estetoscópio adulto	ES - I.12.9.1. Estetoscópio adulto	I.8.5 - Essencial Quantos estetoscópios adulto em condições de uso?
A UBS possui foco de luz? (Catagórica dicotômica)	I.11.14. Foco de luz para exame ginecológico	ES - I.12.10 Foco de luz para exame ginecológico	I.8.14 - Geral Quantos focos de luz para exame ginecológico em condições de uso?
A UBS possui mesa para exame ginecológico? (Catagórica dicotômica)	I.11.20. Mesa para exame ginecológico com perneira	ES - I.12.14. Mesa para exame ginecológico com perneira	I.8.15 - Geral Quantas mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso?
Teste para IST (Catagórica dicotômica)	I.16.1 Teste rápido de sífilis Sempre disponível Às vezes disponível Nunca disponível	ES - I.15.1 Teste rápido de sífilis Sempre disponíveis Às vezes disponível Nunca disponíveis	I.11.1 - Geral Teste rápido de sífilis sempre disponível Sim Não
Teste para IST (Catagórica dicotômica)	I.16.3 Teste rápido HIV Sempre disponível Às vezes disponível Nunca disponível	ES - I.15.3 Teste rápido HIV Sempre disponíveis Às vezes disponível Nunca disponíveis	I.11.3 - Geral Teste rápido de HIV sempre disponível Sim Não
Planejamento familiar (Catagórica dicotômica)	I.14.21. Noretisterona	G - I.18.28 Noretisterona	I.15.6.3 Noretisterona em quantidade suficiente?
Planejamento familiar (Catagórica dicotômica)	I.14.18 Levonorgestrel	G - I.18.30 Levonorgestrel	I.15.6.5 Levonorgestrel em quantidade suficiente?
Planejamento familiar (Catagórica dicotômica)	I.14.19 Acetato de medroxiprogesteron a	G - I.18.29 Acetato de medroxiprogesteron a	I.15.6.4 Acetato de medroxiprogesterona em quantidade suficiente?

Vacina adulto-dT (Catagórica dicotômica)	I.15.2 Dupla tipo adulto – dT Sempre disponível Às vezes disponível Nunca disponível	G - I.14.3 Dupla tipo adulto - dT Sempre disponíveis Às vezes disponível Nunca disponíveis	I.10.3 - Geral Dupla tipo adulto - dT sempre disponível Sim Não
Vacina tríplice viral (Catagórica dicotômica)	I.15.10 Tríplice viral Sempre disponível Às vezes disponível Nunca disponível	G - I.14.11 Tríplice viral Sempre disponíveis Às vezes disponível Nunca disponíveis	I.10.14 - Geral Tríplice viral sempre disponível Sim Não
Sulfato ferroso (Catagórica dicotômica)	I.14.11 Sulfato ferroso Sim Não	ES - I.18.13 Sulfato ferroso Sim Não	I.15.4.1 Sulfato ferroso em quantidade suficiente? Sim Não
Caderneta da gestante (Catagórica dicotômica)	I.13.1 Caderneta da gestante Sempre disponível Às vezes disponível Nunca disponível	ES - I.13.2 Caderneta da gestante Sempre disponível Às vezes disponíveis Nunca disponível	I.9.2 Caderneta da Gestante sempre disponível Sim Não
Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde			
	Ciclo I	Ciclo II	Ciclo III
Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério? (Catagórica politômica)	II.23.14. Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério <u>até 10 dias após o parto</u> ? () Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher () Visita domiciliar de membro da equipe () Consulta em horário especial em qualquer dia da semana () Outro(s) () Nenhuma das anteriores	G - II.18.7/1. Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério <u>até 10 dias após o parto</u> ? () Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher () Visita domiciliar de outros membros da equipe () Consulta em horário especial em qualquer dia da semana () Outro(s) () Nenhuma das anteriores	II.15.12. Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério <u>até uma semana após o parto</u> ? () Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher () Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde () Consulta em horário especial em qualquer dia da semana () Nenhuma das anteriores
Educação Permanente (Catagórica dicotômica)	II.8.1 Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? Sim Não Não sabe/não respondeu	ES - II.7.1 A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal? Sim Não Não sabe/não respondeu	II.4.1 No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela: Gestão municipal Gestão estadual Pela própria equipe/unidade de Saúde Por outras equipes/unidades de saúde Pela universidade Não recebi EP no ano anterior

Módulo 3 - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde			
	Ciclo I	Ciclo II	Ciclo III
Local de realização da consulta de puerpério (Categórica dicotômica)	III.13.3. A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?	III.15.3. A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?	III.14.3. A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?
Qual o profissional realizou a consulta de puerpério? (Categórica politômica)	III.13.4. Com qual profissional a senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?	III.15.4. Com qual profissional a senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?	III.14.4. Com qual profissional a senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?
Foi realizada VD pelo ACS na primeira semana após o parto? (Categórica dicotômica)	III.13.5. A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto?	G - III.15.5. A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto?	III.14.5. A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto?
Foi questionado sobre Blues/Depressão? (Categórica dicotômica)	III.13.6. Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?	III.15.6. Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?	III.14.6. Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?
Foram ofertados métodos para o planejamento familiar? (Categórica dicotômica)	III.13.7. Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar? (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)	G - III.15.7. Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar? (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)	III.14.7. Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional) ?
Foi realizado exame físico/ginecológico? (Categórica dicotômica)	III.13.8. Foi realizado exame ginecológico na senhora?	G - III.15.8. Foi realizado exame ginecológico na senhora?	III.14.8. Foi realizado exame ginecológico a senhora?
Foi realizado exame de mamas? (Categórica dicotômica)	III.13.9. Foram examinadas as mamas da senhora?	G - III.15.9. Foram examinadas as mamas?	III.14.9. Foram examinadas as mamas da senhora?
Foi falado sobre a importância da amamentação? (Categórica dicotômica)	III.13.10. Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?	III.15.10. Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?	III.14.10. Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?
Foi falado sobre o uso de bico/chupeta? (Categórica dicotômica)	III.13.11. Foi perguntado se a criança estava usando chupeta?	III.15.11. Foi perguntado se a criança estava usando chupeta?	III.14.11. Foi perguntado se a criança estava usando chupeta?

Foi falado sobre o uso de mamadeira? (Categórica dicotômica)	III.13.12. Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?	III.15.12. Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?	III.14.12. Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?
--	---	---	---

Quadro 7 – Quadro da caracterização das variáveis que farão parte da construção das variáveis sintéticas

6.6.1.2 Variáveis de exposição

Em ambos os artigos as variáveis de exposição utilizadas serão as de contexto social, obtidas junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com dados do último censo ocorrido no ano de 2010, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2022) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). A descrição dessas variáveis encontra-se na Quadro 8.

Variável de contexto	Tipo	Definição Operacional
Região	Categórica nominal	Sul; Sudeste; Centro-oeste; Nordeste; Norte
Unidades da Federação (UF)	Categórica Nominal	AC; AL; AP; AM; BA; CE; DF; ES; GO; MA; MT; MS; MG; PA; PB; PR; PE; PI; RJ; RN; RS; RO; RR; SC; SP; SE; TO
Porte Populacional do município	Categórica Ordinal	Muito pequeno: até 10.000; Pequeno: 10.001 a 30.000; Médio: 30.001 a 100.000; Grande: 100.001 a 300.00; Muito grande: mais de 300.000.
Índice de Vulnerabilidade Social (IVS).	Categórica Ordinal	Muito baixo: até 0,200; Baixo: 0,200 a 0,300; Médio: 0,300 a 0,400; Alto: 0,400 a 0,500; Muito alto: 0,500 a 1.
Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Categórica Ordinal	Até 50,0%; De 50,1% a 75,0%; De 75,1% a 99,9%; 100%.
Variável (característica da puérpera)	Tipo	Operacionalização
Idade (anos)	Categórica ordinal	Menos de 20; 20 a 29; 30 a 39; 40 ou mais

Cor da pele	Catagórica nominal	Branca Preta Amarela Parda/mestiça Indígena Ignorada
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos
Renda	Catagórica ordinal	Salários mínimos
Bolsa Família	Catagórica dicotômica	Sim Não
Fez pré-natal	Catagórica dicotômica	Sim Não
Nº de consultas de pré-natal	Numérica discreta	Nº de consultas
Fez PN na mesma UBS?	Catagórica dicotômica	Sim Não

Quadro 8 – Quadro de caracterização das variáveis independentes e de contexto - elaborado pela autora

6.7 Logística

6.7.1 Logística para a coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB

Cada instituição de ensino superior envolvida na avaliação externa do PMAQ-AB conduziu o processo de planejamento e realização do trabalho de campo sob sua responsabilidade de modo similar às demais. Esse processo incluiu oficinas de trabalho presencial para alinhamento conceitual, conhecimento das atividades de avaliação, programação da seleção e capacitação de entrevistadores e a organização dos trajetos e roteiros para a coleta de dados, com identificação de materiais e recursos de apoio.

Após o término da fase de adesão ao PMAQ-AB dos municípios, foi conhecida a distribuição das equipes de saúde no território. Esta informação subsidiou a logística de movimentação das equipes de trabalhadores de campo. Posteriormente ao mapeamento das rotas intermunicipais e da área de abrangência de cada município, bem como, de seu planejamento operacional, iniciou-se uma nova etapa que foi a formalização do envio das equipes de supervisores e avaliadores/entrevistadores para a realização da coleta de dados nas UBS.

Para cada um dos ciclos, foram organizadas rotas de visitas aos municípios para a realização do trabalho de campo. As equipes se deslocavam, realizando a avaliação externa do PMAQ-AB por meio dessas rotas. Em cada um dos municípios

foram realizados contatos prévios, via ligação telefônica, para contatar os gestores municipais. O objetivo desse contato era de informar os gestores sobre a chegada das equipes, o número de integrantes e solicitar apoio para o transporte no interior dos municípios caso necessário.

Em média, as equipes eram compostas, por cinco entrevistadores, sendo um dos membros o supervisor, que também exercia a função de avaliador da UBS. Entre coordenadores, supervisores e entrevistadores, estiveram envolvidas entre 1000 e 1200 pessoas na coleta de dados para cada um dos ciclos de avaliação, em todo o país. A validação dos dados coletados ficava a cargo da coordenação descentralizada.

6.8 Processamento e análise dos dados

6.8.1 Processamento dos dados

Os dados coletados foram exportados, pelo MS, para planilhas de Excel e disponibilizados para as IES envolvidas na coleta separados por módulos. Um ano após o fim de cada coleta, os dados foram publicados em acesso aberto no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>.

Neste projeto, será realizada a limpeza, categorização e a criação de variáveis a partir dos bancos de dados dos ciclos I, II e III do PMAQ-AB oriundos do sítio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Posterior a isso, serão incluídas as variáveis de contexto (Porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e Cobertura de Estratégia de Saúde da Família) no banco do ciclo III.

6.8 Análise de dados

A seguir serão descritos os procedimentos estatísticos para cada um dos artigos a ser escrito. As análises serão conduzidas por meio do Stata 15.1 e será considerado um nível de significância de 5%.

Artigo 1: será analisado o acesso à consulta puerperal conforme as variáveis de contexto individuais. Inicialmente serão calculadas as frequências absoluta e

relativa do desfecho, e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) dos ciclos I, II e III do PMAQ-AB, em 2012, 2014 e 2018. Após, serão calculadas as prevalências e seus IC95% da consulta puerperal de acordo com as variáveis de contexto social. Além disso, será realizada a **regressão de mínimos quadrados ponderados por variância**, o que permite verificar mudanças médias anuais considerando diferentes intervalos de tempo.

Artigo 2: As variáveis serão utilizadas para a criação de um indicador sintético, onde será considerada a estrutura, o processo de trabalho e os resultados como adequado a resposta afirmativa à todas as questões avaliadas, para cada um dos ciclos. O indicador será analisado de acordo com as variáveis de contexto social (região, IVS, porte populacional e cobertura de ESF) e características individuais da mulher. Será realizada análise descritiva com cálculo das proporções e análise multivariável por **regressão de Poisson com ajuste robusto da variância**, para cada um dos ciclos avaliativos.

6.9 Aspectos éticos

Os estudos, em cada um dos três ciclos que compuseram a avaliação externa do PMAQ-AB, tiveram apreciação seguida por aprovação por Comitês de Ética e Pesquisas (CEP). O Ciclo I foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal de Pelotas - UFPel - por meio de ofício (nº 38/2012, em 10 de maio de 2012). O Ciclo II recebeu parecer favorável emitido pelo CEP da Universidade Federal de Goiás (nº 487.055, em 12 de fevereiro de 2013). O Ciclo III foi aprovado pelo CEP da UFPel (parecer nº 2.453.320, em dezembro de 2017). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ainda, conforme a alínea V do parágrafo único do Artigo 1º da Resolução nº 510 do Sistema CEP/CONEP, por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, o presente protocolo de pesquisa dispensa registro e apreciação pelo CEP (SAÚDE, 2016).

6.10 Divulgação dos resultados

A divulgação dos resultados se dará por meio do volume de tese para obtenção do título de Doutor em Ciências; da publicação de dois artigos em revista científica e, ainda, de apresentações de trabalhos em eventos acadêmicos. Pretende-se também, divulgar nas mídias sociais do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel bem como aos gestores em saúde locais.

6.11 Artigos planejados

Para a organização da tese serão considerados inicialmente a elaboração de dois artigos:

1. Tendências da Assistência ao Puerpério no Brasil no Âmbito da Atenção Primária;
2. Qualidade da atenção ao puerpério no âmbito da atenção primária no Brasil.

8 Recursos Materiais e Humanos

Recursos de Materiais			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Pacote com 500 folhas A4	01	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Canetas	04	R\$ 2,50	R\$ 10,00
Lápis	04	R\$ 2,00	R\$ 8,00
Borracha	02	R\$ 2,00	R\$ 8,00
Pasta para folhas A4	02	R\$ 10,00	R\$ 20,00
Impressões	500	R\$ 0,50	R\$ 250,00
Pacote Microsoft Office®	01	R\$ 99,00	R\$ 99,00
Software StatalC 12*	01	R\$ 3900,00	R\$ 3900,00
HD externo	01	R\$ 318,00	R\$ 318,00
Notebook	01	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00
Mochila para notebook	01	R\$ 250,00	R\$ 250,00
WebCam	01	R\$ 150,00	R\$ 150,00
Fones de Ouvido (par)	01	R\$ 119,00	R\$ 119,00
Internet**	---	R\$ 99,00	R\$ 4.563,00
Energia elétrica**	---	R\$ 150,00	R\$ 6.900,00
Transporte	---	---	R\$ 3.000,00
Proficiência em Língua estrangeira	02	R\$ 100,00	R\$ 200,00
Jaleco	01	R\$ 190,00	R\$ 190,00
Total em recursos materiais			R\$ 23.515,00
Recursos de Humanos			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Revisão em língua portuguesa	150	R\$ 3,00	R\$ 450,00
Revisão em língua estrangeira	40	R\$ 18,00	R\$ 720,00
Formatação	150	R\$ 2,00	R\$ 300,00
Total em recursos humanos			R\$ 1.470,00
Total			R\$ 24.985,00

*licença anual

**valor mensal

09 Financiamento

O presente estudo foi concebido por meio da avaliação externa PMAQ que recebeu financiamento do Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde em todos os Ciclos.

Ainda, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), números dos processos do apoio financeiro do MS 88887.483554/2020-00 e 88887.687980/2022-00.

Referências

- ABOTA, T. L.; ATENAFU, N. T. Postnatal Care Utilization and Associated Factors among Married Women in Benchi-Maji Zone, Southwest Ethiopia: A Community Based Cross-Sectional Study. **Ethiopian journal of health sciences**, v. 28, n. 3, p. 267–276, maio 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016362/>> Acesso em: 21 nov. 2020.
- ADEYEMO, E. O. et al. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. **African Health Sciences**, v. 20, n. 4, p. 1943–1954, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8351853/>> Acesso em: 03 jul. 2022.
- AKIBU, M. et al. Prevalence and Determinants of Complete Postnatal Care Service Utilization in Northern Shoa, Ethiopia. **Journal of pregnancy**, v. 2018, p. 8625437, 2018. Disponível em: <<https://go-gale.ez66.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&u=capes&id=GALE|A584496981&v=2.1&it=r>> Acesso em: 21 nov. 2020.
- AL-SHAMMARI, I.; ROA, L.; YOURLETS, R.R. et al. Implementation of an international standardized set of outcome indicators in pregnancy and childbirth in Kenya: Utilizing mobile technology to collect patient-reported outcomes. **PloS one**, v. 14, n. 10, p. e0222978, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6795527/>> Acesso em: 18 nov. 2020.
- ALKEMA, L. et al. National, regional and global levels and trend in MMR between 1990 and 2015. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 462–474, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/fulltext)> Acesso em: 18 nov. 2020.
- ALMEIDA-FILHO, N. Quality-equity in health: New challenges in a social ill-fare state. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 24, p. 1–9, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/sBX8GRqkqChT75dKmYZktmc/?format=pdf&lang=en>> Acesso em 21 out. 2022.
- AMARO, M. et al. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica Sob a Ótica Médica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v. 10, n. 1, Jan/Jul 2021. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/4156>> Acesso em 03 nov. 2022.
- ANDREUCCI, C. B. et al. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 854–864, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/RVLVNSX5z8jdKNYtkqTKhYh/?lang=pt>> Acesso em: 02 dez. 2020.

ANGORE, B. N.; TUFA, E. G.; BISETEGEN, F. S. Determinants of postnatal care utilization in urban community among women in Debre Birhan Town, Northern Shewa, Ethiopia. **Journal of health, population, and nutrition**, v. 37, n. 1, p. 10, abr. 2018. Disponível em: <<https://go-gale.ez66.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&u=capes&id=GALE|A546832258&v=2.1&it=r>> Acesso em: 21 nov. 2020.

ANJOS, J. C. DOS .; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, out. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/fWsgnnQVHNYBSbrYv5ZR8NJ/abstract/?lang=pt#>> Acesso em: 29 out. 2022.

ARAUJO, E.; LOBO, M. S.; MEDICI, A. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 14, n. Supl.1, p. 86–95, 2022. Disponível em: <[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1363113/jbes-especialportugues-86-95.pdf#:~:text=O%20gasto%20total%20com%20sa%C3%BAde,%25%20\(OECD%2C%202019\)>](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1363113/jbes-especialportugues-86-95.pdf#:~:text=O%20gasto%20total%20com%20sa%C3%BAde,%25%20(OECD%2C%202019)>)> Acesso em: 16 dez. 2022.

ASSIS, T. R. et al. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, p. 843–853, 2019. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1595/2326>> Acesso em: 18 nov. 2020.

BANKE-THOMAS, A. et al. Maternal health services utilisation by Kenyan adolescent mothers: Analysis of the Demographic Health Survey 2014. **Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives**, v. 12, p. 37–46, jun. 2017. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez66.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1877575616301434>> Acesso em: 09 dez. 2020.

BARR, L. O.; HERR, J. E.; HÉTU, M-F.; SMITH, G.N.; JOHRI, A. M. Increased carotid artery stiffness after preeclampsia in a cross-sectional study of of postpartum women. *Physiological Reports*: v.10, n.8, e15276, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9017974/>> Acesso em: 24 mai. 2022.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4227–4238, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mzjxTpvrxgLvqvk5QPNYHm/?lang=pt>> Acesso em: 08 dez. 2020.

BARATIERI, T.; LENTSCK, M.; FALAVINA, L.P. et al. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/NkZ8wbBb4Zqd6bgZmz5MJGb/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 14 jun. 2022.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de Barros. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**: guia para a prática assistencial. 2ª ed. Roca, 2009. 488 p.

BICALHO, C. V. et al. Dificuldade no aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto: revisão integrativa. **Audiology - Communication Research**, v. 26, p. 1–9, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/acr/a/R3m7sm8wnBjvfGRdBDWzk5R/?format=pdf#:~:text=A%20maioria%20dos%20artigos%20indicou%20que%20a%20principal%20dificuldade%20para,da%20rede%20de%20apoio%20da>> Acesso em: 24 mai. 2022.

BILLIONNET, C. et al. Gestational diabetes and adverse perinatal outcomes from 716,152 births in France in 2012. **Diabetologia**, v. 60, n. 4, p. 636–644, 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-017-4206-6>> Acesso em: 21 jun. 2022.

BITTENCOURT, S. D. DE A. et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/Y7PTchBjDGKbBK7KdDM7VpK/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República [2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 110-E, p. 4-6, 08 jun. 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 02 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 570, de 1º de junho de 2000**. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html> Acesso em 02 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em: 16 jan. 2021.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf> Acesso em: 19 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf> Acesso em: 18 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 01 ago. 2022.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_dirtrizes.pdf> Acesso em: 02 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.654. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, p. 79-80, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf> Acesso em 02 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 650, de 5 de Outubro de 2011.**

Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>

Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** (Cadernos de Atenção Básica, 32). – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf> Acesso em: 02 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf> Acesso em: 24 ago. 2022.

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. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica e Nasf** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo (2015-2017) – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 89 p. Disponível em: <

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf> Acesso em: 24 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.436, de 21 de Setembro de 2017.**

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Anexo II, Título I, Art. 1º Fica instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>

Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 2979, de 12 de novembro de 2019. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html>

Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 265 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf> Acesso em: 24 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília, 2021, 54 p. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf> Acesso em: 14 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS No 715, de 4 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>> Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 13 de 13 de janeiro de 2023**. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências, inciso V - a Portarias GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, que "Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)". Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/2023/20230116_Publicacao_DOU_CP_01.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2023.

BROWN, S. D. et al. Uptake of guideline-recommended postpartum diabetes screening among diverse women with gestational diabetes: associations with patient factors in an integrated health system in USA. **BMJ Open Diabetes Research & Care**, v. 10, n. 3, p. e002726, 2022. Disponível em: <<https://drc.bmj.com/content/10/3/e002726>> Acesso em 21 jun. 2022.

BROWN, W. J.; HAYMAN, M.; HAAKSTAD, L. A. H. et al. Australian guidelines for physical activity in pregnancy and postpartum. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 25, n. 6, p. 511–519, 2022. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez66.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1440244022000688>> Acesso em: 21 jun. 2022.

BRYANT, A.; BLAKE-LAMB, T.; HATOUM, I. et al. Women's Use of Health Care in the First 2 Years Postpartum: Occurrence and Correlates. **Maternal and child health journal**, v. 20, n. Suppl 1, p. 81–91, nov. 2016. Disponível em: <<https://go-gale.ez66.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&u=capes&id=GALE|A471022883&v=2.1&it=r>> Acesso em: 21 nov. 2020.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–9, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 17 out. 2022.

CALIK-KSEPKA, A.; STRADCZUK, M.; CZARNECKA, K. et al. Lactational Amenorrhea: Neuroendocrine Pathways Controlling Fertility and Bone Turnover. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 3, p. 1–16, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8835773/>> Acesso em: 14 jul. 2022.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science and Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611–1625, 2000. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez66.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0277953600000575>> Acesso em: 17 dez. 2022.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: A procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676–689, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PyjhWH9gBP96Wqsr9M5TxJs/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Para%20al%C3%A9m%20dos%20fatores%20m%C3%A9dicos,est%C3%A3o%20ao%20alcance%20da%20medicina.>> Acesso em: 17 out. 2022.

CARVALHO, A. I. DE. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. 176 p.. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/8pmm/pdf/noronha-9788581100166.pdf>> Acesso em 17 out. 2022.

CAVALCANTI, P. C. S.; JUNIOR, G. D. G.; VACONCELOS, A. L. R.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1297–1316, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/cmcY4csz9hjDC48scBWCsVL/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 01 ago. 2022.

CHA, S. et al. Discordant pregnancy intentions in couples and rapid repeat pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 214, n. 4, p. 494.e1-494.e12, 2016. Disponível em: <[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)01454-4/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)01454-4/pdf)> Acesso em: 02 dez. 2020.

CHETWYND, E. M.; FACELLI, V. Lactation Support for LGBTQIA+ Families. **Journal of human lactation** : official journal of International Lactation Consultant Association, v. 35, n. 2, p. 244–247, maio 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334419831269?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed> Acesso em: 14 jul. 2022.

CHRISTOFFEL, M. M. et al. Práticas de amamentação de puérparas na consulta de enfermagem neonatal em Unidade Básica de Saúde. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 202–208, 2009. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v13n2/v13n2a06.pdf>> Acesso em 02 dez. 2020.

CIAMPO, L. A. D.; LOPES, I. R. Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 40, p. 354–359, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/5MnxQ6xkQfsJfwhNZ5JccTf/?format=pdf&lang=en>> Acesso em 24 mai. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2020.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.4, jul. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/x7HVb8dmB9wRHNC3JgjT6yQ/?lang=pt>> Acesso em: 25 jul. 2022.

CRUZ, M. J. B. et al. Coordination of care and quality of healthcare for women and children in the PMAQ. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 1–14, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/DBCSJjVDJh6j393CLbvjWXf/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 16 out. 2022.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**: Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991. 69 p. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2020.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. **Public health**, v. 199, p. 20–24, 2021. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez66.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S003335062100336X?via%3Dihub>> Acesso em: 17 out. 2022.

DANILACK, V. A., BROUSSEAU, E. C.; PAULO, B. et al. Characteristics of women without a postpartum checkup among PRAMS participants, 2009-2011. **Maternal and child health journal**, v. 23, n. 7, p. 903–909, jul. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6555651/>> Acesso em: 18 nov. 2020.

DIANI, M; BISON, I. Organizações, Coalizões e Movimentos. **Movimentos Sociais e Ação Coletiva**: Dossiê Movimentos sociais e ação coletiva, n.3, 2010. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/47955/mod_resource/content/1/Diane%20e%20Bison.pdf> Acesso em: 19 jul. 2022.

DIBARI, J. N.; YU, S. M.; LU, M. C. et al. Use of postpartum care: predictors and barriers. **Journal of pregnancy**, v. 2014, p. 530769, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945081/>> Acesso em: 21 nov. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Use of outpatient health services by postpartum women and newborns: Data from the Birth in Brazil study. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 5, p. 1–17, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/r4jJkcp9bJBXxWfX4RNxf5q/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 21 nov. 2021

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856–864, 1978. Disponível em: <<http://science.sciencemag.org/>> Acesso em: 21 out. 2020.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality.pdf. **Arch. Patol. Lab. Med.**, v. 114, n. 11, p. 1115–1118, 1990. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>> Acesso em: 21 out. 2020.

DUTAMO, Z.; ASSEFA, N.; EGATA, G. Maternal health care use among married women in Hossaina, Ethiopia Health systems and services in low and middle income settings. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 1–9, 2015. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1047-1>> Acesso em: 18 nov. 2020.

EVENSON, K. R. et al. Summary of international guidelines for physical activity after pregnancy. **Obstetrical and Gynecological Survey**, v. 69, n. 7, p. 407–414, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134098/>> Acesso em: 14 jul. 2022.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669–681, 2006. Disponível em: <<https://old.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>> Acesso em: 17 out. 2022.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 10 jul. 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. **Acesso e qualidade na atenção básica brasileira**: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. São Leopoldo: Oikos, 2021. 224 p Disponível em: <[https://oikoseditora.com.br/files/Acesso%20e%20qualidade%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20-%20E-book%20\(1\).pdf](https://oikoseditora.com.br/files/Acesso%20e%20qualidade%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20-%20E-book%20(1).pdf)> Acesso em: 24 nov. 2022.

FAN, X.; ZHOU, Z.; DANG, S. et al. Exploring status and determinants of prenatal and postnatal visits in western China: in the background of the new health system reform. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 39, jul. 2017. Disponível em: <<https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4601-4>> Acesso em 18 nov. 2020.

FLORES-QUISPE, M. D. P. et al. Quality of newborn healthcare in the first week of life in Brazil's primary care network: a cross-sectional multilevel analysis of the National Programme for Improving Primary Care Access and Quality - PMAQ. **BMJ Open**, v. 12, n. 4, p. 1–9, 2022. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/12/4/e049342>> Acesso em: 18 nov. 2022.

FORTI, A. C. et al. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad: Editora Científica, 2019. 491 p. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2022.

FUSQUINE, R. S.; LINO, N. C. F; CHAGAS, A. C. F. et al. Adesão e rejeição à consulta puerperal por mulheres de uma unidade básica de saúde da família TT - Adherence and rejection of puerperal Consultation by women of a basic health unit. **Arch. Health Sci. (Online)**, v. 26, n. 1, p. 37–40, 2019. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046061/artigo8.pdf>> Acesso em: 03 nov. 2020.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. DE S. A.; HARRAD, D.. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, abr. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCF/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13 out. 2020.

GONÇALVES, C. S., CESAR, J. A., MARMITT, L. L., VITOLA, C. G. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study TT - Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 1, p. 63–70, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7H57NvDHHzYD8xVRBhQqBnD/?lang=en>> Acesso em: 02 dez. 2020.

GU, H., YAN, Z.; YANG, N. et al. Determinants of the utilization of postpartum family visits: Evidence from rural areas of Eastern China. **PloS one**, v. 13, n. 3, p. e0194061, 2018. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194061>> Acesso em: 21 nov. 2020.

HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, n. 1, p. 10–18, 1999. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ije/article/28/1/10/777525?login=false>> Acesso em: 17 nov. 2022.

HASS, C. N.; TEIXEIRA, L. B.; BEGHETTO, M. G. Adequacy of prenatal care in a family health strategy program from Porto Alegre-RS. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 22–30, set. 2013. Disponível em: <https://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000300003&script=sci_arttext&lng=en> Acesso em: 21 nov. 2020.

HEMMINKI, E.; LONG, O.; ZHANG, W-H. et al. Impact of financial and educational interventions on maternity care: results of cluster randomized trials in rural China, CHIMACA. **Maternal and child health journal**, v. 17, n. 2, p. 208–221, fev. 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-012-0962-6>> Acesso em: 21 nov. 2020.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM.** - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014. 208 p. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3205>> Acesso em: 01 ago. 2022.

ISLAM, M. R.; ODLAND, J. O. Determinants of antenatal and postnatal care visits among Indigenous people in Bangladesh: a study of the Mru community. **Rural and remote health**, v. 11, n. 2, p. 1672, 2011. Disponível em: <<https://www.rrh.org.au/journal/article/1672>> Acesso em: 21 nov. 2020.

KHAKI, J. J.; SITHOLE, L. Factors associated with the utilization of postnatal care services among Malawian women. **Malawi medical journal : the journal of Medical Association of Malawi**, v. 31, n. 1, p. 2–11, mar. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6526341/>> Acesso em: 20 nov. 2020.

KHANAL, V.; ADHIKARI, M.; KARKEE, R. et al. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal demographic and health survey 2011. **BMC women's health**, v. 14, p. 19, jan. 2014. Disponível em: <<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-14-19>> Acesso em: 21 nov. 2020.

KIKUCHI, K.; YASUOKA, J.; NANISHI, K. et al. Postnatal care could be the key to improving the continuum of care in maternal and child health in Ratanakiri, Cambodia. **PloS one**, v. 13, n. 6, p. e0198829, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5995361/>> Acesso em: 20 nov. 2020.

KOVACS, R. et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 3, p. e331–e339, 2021. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30480-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30480-0/fulltext)> Acesso em: 02 dez. 2020.

KREBS, V. A. et al. Repercussões fisiológicas e psicossociais do contato pele a pele durante o desenvolvimento do recém-nascido / Physiological and psychosocial effects of skin-to-skin contact during the newborn's development. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 1475–1485, 2022. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/43054#:~:text=Po%20feito%20positivo%20no%20aleitamento,neonatal%20e%20depress%C3%A3o%20p%C3%B3s%20parto.>> Acesso em: 24 mai. 2022.

LANGARICA, A. G. G.; HEDIGER, H.; KAEPPELI, B. M. et al. Evaluation of knowledge about gestational diabetes mellitus among postpartum women and its connection with women's sociodemographic and clinical characteristics: a quantitative cross-sectional study. **Midwifery**, v. 111, p. 1103367, 2022. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661382200119X?via%3Dihub>> Acesso em: 21 jun. 2022.

LEAL, M. D. C. et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?lang=en#>> Acesso em: 02 dez. 2020.

LEFEVRE, A.; MPEMBENI, R.; KILEWO, C. et al. Program assessment of efforts to improve the quality of postpartum counselling in health centers in Morogoro region, Tanzania. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 18, n. 1, p. 282, jul. 2018. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1906-y>> Acesso em: 20 nov. 2020.

LEITÃO, M. B.; LAZZOLI, J.K.; OLIVEIRA, M. A. B. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: Atividade Física e Saúde na Mulher. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 6, n.6, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbme/a/f46JSmFrmYHKtDVLh8K6J3r/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 14 jul. 2022.

LI, Y.; KURINCZUK, J. J., GALE, C.; SIASSAKOS, D.; CARSON, C. Evidence of disparities in the provision of the maternal postpartum 6-week check in primary care in England, 2015-2018: an observational study using the Clinical Practice Research Datalink (CPRD). *J Epidemiol Community Health*. 2022 Mar; 76(3):239-246. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/76/3/239.full.pdf> Acesso em: 11 jun 2023.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 52–66, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjgc/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 10 jul. 2022.

LINNENKAMP, U. et al. Postpartum screening of women with GDM in specialised practices: Data from 12,991 women in the GestDiab register. **Diabetic Medicine**, v. 39, n. 7, p. 1–11, 2022. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14861>> Acesso em: 21 jun. 2022.

LUCCHESI, Ingrid et al. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 29, p. e61623, dez. 2021. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/61623>> Acesso em: 24 mai. 2022.

MALTA, M.; CARDOSO, L. O.; BASTOS, F. I. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559–565, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/3gYcXJLzXksk6bLLpvTdnYf/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13 out. 2020.

MASHO, S. W.; CHA, S.; KARJANE, N. et al. Correlates of Postpartum Visits Among Medicaid Recipients: An Analysis Using Claims Data from a Managed Care Organization. **Journal of women's health (2002)**, v. 27, n. 6, p. 836–843, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/epub/10.1089/jwh.2016.6137>> Acesso em: 18 nov. 2020.

MATIJASEVICH, A. et al. Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 Pelotas cohort study. **BMC public health**, v. 9, p. 335, set. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26809549_Inequities_in_maternal_postnatal_visits_among_public_and_private_patients_2004_Pelotas_cohort_study/link/01f169f4474c9e4dae3368f7/download> Acesso em: 02 dez. 2020.

MELLO, A. R.; NEME, B. Puerpério: fisiologia e assistência. In:_____. Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 158-165.

MENDES, R. B. et al. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations prenatal and birth humanization program. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793–804, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/cdtVRDQYnSdzTNCGFjSZCJr/?format=pdf&lang=en>> Acesso em: 02 dez. 2020.

MINIG, L.; TRIMBLE, E. L.; SARSOTTI, C. et al. Building the evidence base for postoperative and postpartum advice. *Obstet Gynecol.* v. 114, n.4. p. 892-900, 2009. Disponível em: <<https://drlucasminig.com/wp-content/uploads/2016/05/Building-evidence-Obstet-Gynecol-2009.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2022.

MOHAN, D.; GUPTA, S.; LEFEVRE, A. et al. Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzania: multilevel analysis of a household survey. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, p. 282, out. 2015. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0717-7>> Acesso em: 21 nov. 2020.

MONTEIRO, M. F. V.; BARBOSA, F. P.; VERTAMATTI, M. A. F. et al. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period in Ceará, Brazil. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 851, nov. 2019. Disponível

em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4566-3>> Acesso em: 22 mar. 2021.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE, Jorge. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 724 p.

MORAIS, T. C. E. DO V. et al. Técnica de amamentar e a incidência de traumas mamilares em puérperas atendidas em um hospital municipal: estudo de intervenção. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 3, p. 695–703, 2020. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/gNhcTykjFzFBrvBptkLSVdf/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 24 mai.2022.

MURPHY, M. S. Q.; VIGNARAJAH, M.; SMITH, G. N. Increased microvascular vasodilation and cardiovascular risk following a pre-eclamptic pregnancy.

Physiological Reports, v. 2, n. 11, p. 1–9, 2014. Disponível em: <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255821/>> Acesso em: 21 jun. 2022.

NASEEM, S.; KHATTAK, U. K.; GHAZANFAR, H.; IRFAN, A. et al. Maternal health status in terms of utilisation of antenatal, natal and postnatal services in a Periurban setting of Islamabad: A community based survey. **JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 67, n. 8, p. 1186–1191, ago. 2017. Disponível em: <https://jpma.org.pk/article-details/8309?article_id=8309> Acesso em: 21 nov. 2020.

NEDEL, F. B. et al. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil | Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saude Publica**, v. 42, n. 6, 2008. Disponível em: <<https://old.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/6420.pdf>> Acesso em: 21 out. 2022.

NEVES, R. G. et al. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e serviços de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 1, p. e2019019, 2020. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/ress/a/9swjqVYS4kxHLdpDLjmdshJ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13 jul. 2021.

OGBO, F. A.; EZEH, O.K.; KHANLARI, S. et al. Determinants of Exclusive Breastfeeding Cessation in the Early Postnatal Period among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Australian Mothers. **Nutrients**, v. 11, n. 7, jul. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6682964/>> Acesso em: 14 jul. 2022.

OLAJUBU, A. O. et al. Predictors of Postnatal Care Services Utilization Among Women in Nigeria: A Facility-Based Study. **Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing**, v. 51, n. 4, p. 408–416, jul. 2019. Disponível em: <<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12473>> Acesso em: 19 nov. 2020.

OLIVEIRA, I. C. B; SILVA, R. M. M.; FERREIRA, H. et. al. Influência de Fatores Epidemiológicos no Seguimento e Aparecimento de Problemas Puerperais. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, vol.34, 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100318> Acesso em: 21 jun. 2022.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>> Acesso em: 20 dez. 2020.

ORSHAN, Susan A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 730.

PAIM, J. S. Thirty years of the unified health system (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?lang=en>> Acesso em: 02 dez. 2020.

PATRIOTA, T. Fundo de População das Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. p. 137, 1994. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do>> Acesso em: 02 dez. 2020.

PEREIRA, B. G.. Diabetes gestacional: seguimento após o parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 11, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/NJtYSVRdDzHfHs5BpfjzQVk/?lang=pt#>> Acesso em: 21 ago. 2022.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?format=pdf&lang=en>> Acesso em: 16 dez. 2022.

PINTO, I. R. et al.. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/kkjnfNwzL8fCRKnVKNmXBvq/?lang=pt#>> Acesso em: 10 jul. 2021.

RAI, R. K.; SINGH, P. K.; SINGH, L. Utilization of maternal health care services among married adolescent women: insights from the Nigeria Demographic and Health Survey, 2008. **Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health**, v. 22, n. 4, p. e407-14, 2012. Disponível em: <[https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(12\)00036-9/fulltext](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(12)00036-9/fulltext)> Acesso em: 17 nov. 2020.

RIBEIRO, P. L. Dez passos para o sucesso no aleitamento materno: influência na continuidade da amamentação. **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) ; 13: 451-459, jan.-dez. 2021. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7549/pdf>> Acesso em: 21 jun. 2022.

RODRIGUES, W. F. G.; TAVARES, J. S.; SANTOS, M. C. S.; SILVA, V. R. F. Atenção ao pré-natal de baixo risco: caderno de atenção básica. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11(supl.9), p. 04, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/234504/27716>> Acesso em: 01 ago. 2022.

ROLDÁN, J. C.; ACUÑA, C.; RÍOS, P. Active community case-finding for uptake of pregnant and postpartum women in Ecuador. **Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health**, v. 41, p. e53, jun. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6612742/>> Acesso em: 21 nov. 2020.

SADO, L.; SPAHO, A.; HOTCHKISS, D. R. The influence of women's empowerment on maternal health care utilization: evidence from Albania. **Social science & medicine (1982)**, v. 114, p. 169–177, ago. 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614003414?via%3Dihub>> Acesso em: 21 nov. 2020

SANTOS, INA; VICTORA, C. G. Serviços de saúde : epidemiologia , pesquisa e avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 20, Sup 2, p. 337–341, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/4MkQNYpQJPqgB84kKkpHCsq/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 18 dez. 2020.

SANTOS, F. A. P. S.; BRITO, R. S.; MAZZO, M. H. S. N. Puerperium and postpartum review: meanings attributed by the mother. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 854–858, 2013. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4ad7/a5f243f5e0bb6afcaf0437061b48f8a9ce5a.pdf?_ga=2.189460907.1019670322.1673307381-1002022953.1633182767> Acesso em: 02 dez. 2020.

SANTOS, E. K. A. et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Neonato e à Família: Alojamento Conjunto. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 131 p. Disponível em:

<https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/15343/mod_resource/content/4/Modulo8_SaudeMaterna.pdf> Acesso em: 22 out. 2022.

SANTOS, A. P. S. et al. Contato Pele a Pele e Amamentação no Momento do Parto: Desejos, Expectativas e Experiências de Mulheres. **Revista paulista de pediatria**: órgão oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo, v. 40, p. e2020140, 2021.

Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rpp/a/pL57kKmSLHc6mKh56ngpYmN/?format=pdf&lang=pt>>

Acesso em: 24 mai. 2022.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.

Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. Cad. Saúde Pública, 2004 20(5), set. 2004.

Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csp/a/9nJfmGQRd3jYxMRNkHRJKpH/?format=pdf&lang=pt>>

Acesso em: 01 ago. 2022.

SHAHJAHAN, M.; CHOWDHURY, H.A.; AL-HADHRAMI, A. Y.; HARUN, G. D. Antenatal and postnatal care practices among mothers in rural Bangladesh: A community based cross-sectional study. **Midwifery**, v. 52, p. 42–48, set. 2017.

Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817303923?via%3DiHub>> Acesso em: 21 nov. 2020.

SILVA, M. J. S. da; SILVA, T. de S. da; SOUZA, D. R. S. de; SOUZA, A. M. G. de; FERREIRA, T. L. dos S.; ANDRADE, F. B. de. Qualidade da Assistência ao Parto e Pós-Parto na Percepção de Usuárias da Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 1–17, 2020. Disponível em:

<<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16292>> Acesso em 21 jun. 2022.

SILVA, M. J. S.; SILVA, T. S.; SOUZA, D. R. S. et al. Qualidade da assistência ao parto e Pós - Parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Plur**, v. 6, n. 1, p. 1–17, 2020. Disponível em:

<<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16292/12524>> Acesso em: 21 nov. 2020.

SILVA, L. L. B.; FELICIANO, K.V.O.; OLIVEIRA, L. N. F .P. et al. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da Primeira Semana de Saúde Integral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Qj8FWM4rtXn6KTvBhqyF63p/?format=pdf&lang=pt>>

Acesso em 21 jun. 2022.

SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. p. 56, 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-mulher-na-gestacao-parto-e-puerperio/>> Acesso em: 02 dez. 2020.

SOUZA, F. L. L. et al. Benefícios do aleitamento materno para a mulher e o recém nascido. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e12710211208, 2021. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:o0vusewTiA8J:https://rsdjourn.org/index.php/rsd/article/download/11208/11055/162975&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 24 mai. 2022.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. Saúde debate, 2021 45(130), jul. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/#>> Acesso em: 21 jul. 2022.

SOUZA, A. B. Q.; FERNANDES, B. M. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. **Rev. RENE**, v. 15, n. 4, p. 594–604, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1073/1035>> Acesso em: 21 nov. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 726, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2020.

STOFEL, Natalia Sevilha. **Qualidade da atenção puerperal na Atenção Básica do Brasil**. 2019. 112 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

SULTANA, N.; SHAIKH, B. T. Low utilization of postnatal care: searching the window of opportunity to save mothers and newborns lives in Islamabad capital territory, Pakistan. **BMC research notes**, v. 8, p. 645, nov. 2015. Disponível em: <<https://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1646-2>> Acesso em 21 nov. 2020.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 141–147, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/TFGM9GDqFCXYqgTDCh5mD3F/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 14 jul. 2022.

TAREKEGN, S. M.; LIEBERMAN, L. S.; GIEDRAITIS, V. Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, p. 161, maio 2014.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022978/>> Acesso em: 17 nov. 2020.

TEIXEIRA, P. C. et al. Cuidados de enfermagem no período pós-parto: um enfoque na atuação do enfermeiro diante as complicações puerperais. *Revista Nursing*, v. 22, n. 259, p. 3436-3446, 2019. Disponível em:

<<http://www.revistanursing.com.br/revistas/259/pg78.pdf>> Acesso em: 22 out. 2022.

TOMASI, E. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade –PMAQ. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 171–180, 2015. Disponível em: <<https://old.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0171.pdf>> Acesso em 17 out. 2022.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: Indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 3, p. 1–11, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkbxmhTTFJsNm/abstract/?lang=pt>>

Acesso em: 02 dez. 2020.

TSAI, P. J. S.; NAKASHIMA, L. YAMAMOTO, J. et al. Postpartum follow-up rates before and after the postpartum follow-up initiative at Queen Emma Clinic. **Hawaii medical journal**, v. 70, n. 3, p. 56–59, mar. 2011. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3071902/>> Acesso em 21 nov. 2020.

TWIGGER, A.J.; ENGELBRECHT, L. K.; BACH, K.; SCHULTZ-PERNICE, I.; PENSA, S., STENNING, J.; PETRICCA, S.; SCHEEL, C. H.; KHALED, W. T. Transcriptional changes in the mammary gland during lactation revealed by single cell sequencing of cells from human milk. **Nat Commun**. 2022 Jan 28;13(1):562.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8799659/>> Acesso em:

TURCK, D. et al. Allaitement maternel: Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. **Archives de Pédiatrie**, v. 20, n. Supplement 2, p. S29–S48, 2013.

Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X13722516>>

Acesso em: 21 jun. 2022.

UNITED NATIONS. Fundo de População das Nações Unidas. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994**, Cairo, Egito. Relatório final. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994., 1995. Disponível em:

<<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2020.

UNITED NATIONS. United Nations Development Programme. **Human Development Report 2021-22: Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping our Future in a Transforming World**. New York. 2022. Disponível em: <<https://hdr.undp.org/human-development-report-2021-2022>> Acesso em: 17 out. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.)** - São Luís, 2015. 43p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf> Acesso em: 21 jun. 2022.

VÄÄRÄSMÄKI, M. Is it worth treating gestational diabetes: if so, when and how? **Diabetologia**, v. 59, n. 7, p. 1391–1395, 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-016-3976-6>> Acesso em: 21 jun. 2022.

VALDES, I. V.; SANTOS, E. O.; PRADO, E. V. Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da estratégia de saúde da família. **Rev. APS**, v. 20, n. 3, p. 403–413, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16000/8296>> Acesso em: 21 nov. 2020.

VAN DER MEER, L. et al. Social determinants of vulnerability in the population of reproductive age: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 1–13, 2022. Disponível em: <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13651-6>> Acesso em: 17 out. 2022.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 1–24, 2016. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>> Acesso em: 24 mai. 2022.

VIEIRA, N. F. C. et al. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1–15, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/TWW4KNqKgzC94czgy6TnZqQ/?lang=pt>> Acesso em: 03 nov. 2022.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 16, n. 2, p. 312–319, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/WT6LDCRjKdPjnjtDkCM7wS/?lang=pt>> Acesso em: 21 nov. 2020.

VOUNZOULAKI, E.; KHUNTI, K.; TAN, B.; GILLIES, C. L. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: Systematic review and meta-analysis. **The BMJ**, v. 369, 2020. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1361.long>> Acesso em 21 jun. 2022.

WEIR, S.; POSNER, H. E.; ZHANG, J. et al. Predictors of prenatal and postpartum care adequacy in a medicaid managed care population. **Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health**, v. 21, n. 4, p. 277–285, 2011. Disponível em: <[https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(11\)00045-4/fulltext](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(11)00045-4/fulltext)> Acesso em: 21 nov. 2020.

WENDLAND, E. M.; TORLONI, M. R.; FALAVIGNA, M. et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes - a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, p. 1–13, 2012. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-23>> Acesso em: 21 jun. 2022.

WHEELER, R.; EARNSHAW, V. A.; ICKOVICS, J.R. et al. Postpartum sexually transmitted disease: refining our understanding of the population at risk. **Sexually transmitted diseases**, v. 39, n. 7, p. 509–513, jul. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942157/>> Acesso em: 14 jul. 2022.

WOLPERN, A. E., BARDSLEY, T. R., BRUSSEAU, T. A. et. al. Physical activity in the early postpartum period in primiparous women. **Journal Science Medical Sport**. 2021 Nov;24(11):1149-1154. 2021 Jun 21. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8511185/>> Acesso em: 14 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality assessment and assurance in Primary Health Care. Programme Statement**, 1989. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62326/WHO_SHS_NHP_89.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 24 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care**. Genebra: World Health Organization, 2010a. 65 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf;jsessionid=A7A9F7CD6C9D3946BC2ECE8DE1DEA2A?sequence=1> Acesso em: 18 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health** (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2) 1.Socioeconomic factors. 2.Health care rationing. 3.Health services accessibility. 4.Patient advocacy. Genebra: World Health Organization, 2010b. 79 p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>> Acesso em 16 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Postnatal care of the mother and newborn 2013. **World Health Organization**, p. 1–72, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 02 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. n. 1, 2015. Disponível em: <<https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-1990-2015>> Acesso em: 01 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities**. WHO: 2016. 84 p. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>> Acesso em: 18 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGNIZATION. **Quality, Equity, Dignity**: The network to improve quality of care for maternal, newborn and child health-strategic objectives. Genebra: WHO, 2018. 28 p. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513951>> Acesso em: 10 nov. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 72nd World Health Assembly. **Global Strategy for Women's , Children's and Adolescents' Health (2016-2030)** - Provisional agenda item 12.8 - Report by the Director-General. World Health Organization, n. Abril 2019, p. 1–2, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly/seventy-second-world-health-assembly>> Acesso em: 02 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGNIZATION. **Social determinants of health**: overview. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1> Acesso em: 22 out. 2022.

XIA, M.; LUO, J.; WANG, J.; LIANG, Y. Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 308, n. April, p. 512–519, 2022. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez66.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S016503272200430X>> Acesso em: 03 jul. 2022.

XIANG, Y.X. et al. Factors influencing the utilization of postpartum visits among rural women in China. **Journal of Huazhong University of Science and Technology [Med. Sci.]**, v. 34, n. 6, p. 869–874, dez. 2014. Disponível em: <<https://link-springer-com.ez66.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11596-014-1366-1>> Acesso em: 02 dez. 2020.

YAMASHITA, T. et al. A cross-sectional analytic study of postpartum health care service utilization in the Philippines. **PloS one**, v. 9, n. 1, p. e85627, 2014. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0085627>> Acesso em: 21 nov. 2020.

Anexos

Anexo A - Parecer consubstanciado do CEP – Ciclo I – PMAQ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 38/12

Pelotas, 10 de maio 2012.

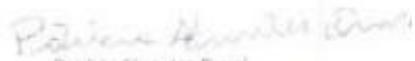
Prof.

Luiz Augusto Facchini

Projeto – "Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de Saúde – PMAQ – AB"

Prezado Pesquisador:

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patrícia Abrantes Dival
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



Anexo B - Parecer consubstanciado do CEP – Ciclo II – PMAQ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Avaliação externa do PMAQ ciclo II

Pesquisador: Luiz Augusto Facchini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21494013.0.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 467.055

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Avaliação externa do PMAQ ciclo II

Pesquisador: Luiz Augusto Facchini.

Na atualidade, uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de Atenção Básica (AB) ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país.

Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de AB que pode variar entre 20% e 40% , a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 487.055

Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Realizar a avaliação externa das equipes de atenção básica e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com ênfase no acesso e qualidade das ações, através de características de estrutura, processo de trabalho e resultados.

Objetivos específicos: Analisar a integração entre os diferentes serviços avaliados; Verificar as potenciais mudanças ocorridas no acesso e qualidade da atenção básica em relação ao primeiro ciclo do PMAQ; Caracterizar as condições de estrutura e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, considerando a instalação física, os equipamentos e insumos; Verificar se os municípios se organizam de maneira a garantir mecanismos de valorização do trabalhador da ABS; Identificar características do acesso e da qualidade das ações estratégicas da Política Nacional de Atenção Básica; Caracterizar o controle social e as inovações organizacionais das práticas de saúde; Caracterizar a percepção dos usuários sobre o acesso e a qualidade dos serviços;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores relatam que o projeto envolverá exclusivamente a aplicação de questionário, não havendo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

Considera-se este estudo como sendo de risco mínimo aos participantes, segundo os parâmetros do International Ethical Guidelines for Biomedical Involving Human Subjects. **Benefícios:** Este estudo viabilizará dados para produção de conhecimento a respeito da atenção básica do país, servindo de subsídio para possíveis políticas de melhoria da saúde básica, bem como servirá de estímulo para o desenvolvimento técnico-científico no campo da atenção básica.

Endereço: Prédio da Rectoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** oep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 487.055

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante para Saúde Pública, pois avalia as equipes de Estratégia da Saúde da Família de diversos estados brasileiros.

O trabalho de campo será realizado por entrevistadores qualificados para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, recebendo o adequado apoio logístico com vistas ao cumprimento do cronograma estabelecido.

A produção, a comunicação e a divulgação dos resultados se efetivarão através dos seguintes produtos: o relatório técnico final da pesquisa conterá todos os materiais do estudo, com destaque para os aspectos metodológicos, os instrumentos de coleta de dados, as estratégias analíticas, os resultados e a interpretação e discussão dos achados; o resumo executivo divulgará de modo sintético os principais achados do estudo, facilitando a leitura de gestores, trabalhadores de saúde e público em geral interessado no tema; elaboração de pelo menos três artigos científicos prontos para submissão a periódicos de primeira linha; a elaboração de folder e de jornal (2000 exemplares) com notícias e resultados do estudo para divulgação em eventos científicos nacionais e internacionais, juntamente com apresentações que serão disponibilizadas ao Ministério da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os princípios éticos serão assegurados através do consentimento informado aos entrevistados, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados individuais coletados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 487.055

GOIANIA, 10 de Dezembro de 2013

Assinador por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Rationa Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep_prppg.ufg@gmail.com

Anexo C - Parecer consubstanciado do CEP – Ciclo III – PMAQ

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Pesquisador: Luiz Augusto Facchini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80341517.8.1001.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.453.320

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um grande estudo nacional de avaliação normativa promovida pelo Ministério da Saúde e realizada por várias instituições federais de ensino e pesquisa, com vistas ao monitoramento periódico de equipes de saúde e de gestão da Atenção Básica em municípios que voluntariamente aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Os principais objetivos dessa avaliação são: promover a melhoria do acesso e qualidade da atenção básica, permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a esse nível de atenção e permitir a classificação das equipes participantes, com base no seu desempenho em padrões de qualidade, para efeito de repasse de um incentivo financeiro denominado PAB - Qualidade. Será realizado um levantamento de informações para julgamento sobre a conformidade do funcionamento das equipes de Atenção Básica com critérios de qualidade previamente estabelecidos e divulgados, além da avaliação da satisfação de usuário e da percepção das equipes sobre a rede local de serviços de saúde. Essa conformidade com padrões de qualidade será verificada por meio de observações, análises de documentos e entrevistas com profissionais da Atenção Básica e usuários. Serão avaliadas cerca de 17.000 (dezessete mil) equipes de Atenção Básica e mais de 157.000 usuários, em mais de 4.000 (quatro mil) municípios brasileiros participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB. O consentimento com essa avaliação constitui um dos compromissos assumidos no ato de adesão das equipes e gestores ao Programa. Na divulgação

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.453.320

dos resultados não serão identificados os entrevistados, apenas as equipes, unidades de saúde e municípios participantes do PMAQ.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Objetivo Secundário:

I - Realizar uma classificação de desempenho e certificação de qualidade das equipes de saúde participantes do PMAQ para efeito de repasse de um incentivo financeiro denominado PAB - Qualidade. II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo; V - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o estudo apresenta riscos mínimos, porém não há riscos diretos implicados no processo de Avaliação Externa das equipes de Atenção Básica, na medida em que a adesão é voluntária e, mesmo diante de resultados insatisfatórios, a perspectiva é de reconstrução para permanência no Programa. São previstos no desenho do Programa cuidados para evitar possíveis desvios no uso político dos resultados e garantir a colaboração dos gestores municipais e equipes no processo de avaliação.

Benefícios:

Fornecimento de informações que subsidiarão o aperfeiçoamento do PMAQ-AB e da Política Nacional de Atenção Básica; promoção da cultura de avaliação da atenção básica; estabelecimento de padrões de qualidade para orientar boas práticas de gestão e de processos de trabalho em Atenção Básica.

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3294-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.453.320

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa nacional muito importante e relevante para avaliação da Atenção Básica e do sistema de saúde brasileiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_17423.pdf	31/10/2017 14:45:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf	31/10/2017 14:43:40	Elaine Thumé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPMAQ3.doc	31/10/2017 14:40:08	Elaine Thumé	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	31/10/2017 14:36:41	Elaine Thumé	Aceito
Outros	TCLE_PMAQ3.doc	27/12/2017 07:30:00	Patricia Abrantes Duval	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Duque de Caxias 250
Bairro: Fragata CEP: 96.030-001
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.453.320

PELOTAS, 27 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4980

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

II. Relatório de trabalho de campo

Relatório de trabalho de campo

O ingresso à Pós-Graduação iniciou-se muito antes da homologação de aprovados na seleção da turma de 2020. Em 2013 participei do processo seletivo para avaliadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) organizado pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), uma das instituições de ensino superior coordenadoras da avaliação externa do PMAQ-AB.

Na ocasião, pude vivenciar a seleção e a capacitação dos avaliadores para a etapa de avaliação externa do Ciclo II do PMAQ-AB. Foram duas semanas de intenso trabalho, contemplando dinâmicas para conhecer o Programa, métodos de coleta de dados, instrumentos e equipamentos para o trabalho de campo. Ao final do período de seleção e capacitação, fui designada para atuar como supervisora de equipe do Trajeto 4 que compreendia a Região Noroeste do Rio Grande do Sul. Neste mesmo período, conheci minha Orientadora do Doutorado, Prof^{fa} Dr^a Suele Manjourany Duro, que fazia parte da coordenação dos trabalhos na UFPel.



Fotos: Arquivo pessoal da autora.

O ingresso no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel (PPGENf UFPel) se deu por meio de processo seletivo do ano de 2020. O projeto submetido ao PPGENf/UFPel tinha como proposta trabalhar com

dados oriundos do PMAQ-AB com o objetivo de avaliar a assistência ao puerpério na atenção primária no âmbito deste Programa. A escolha do tema se deu por familiaridade com a temática já que durante o mestrado, cursado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (PPGCS FURG), já havia sido abordado o puerpério em um contexto de avaliação da prevalência e fatores associados da consulta de puerpério no município do Rio Grande no ano de 2016.

Aprovada para cursar o doutorado no PPGEnf, logo após o ingresso, no início do primeiro semestre, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>). Em meio à situação instalada, a UFPel declarou suspensas as atividades como meio de auxiliar no distanciamento social, uma das formas de mitigar o risco de contágio pelo vírus SARS-Cov-19.

As aulas passaram a ser realizadas por meio da plataforma de ensino virtual, o E-Aula UFPel. Todas as disciplinas obrigatórias foram realizadas por essa plataforma, incluindo as orientações para a elaboração do Projeto de Tese e o Estágio de docência. O estágio iniciou-se no ano de 2020 no componente Unidade do Cuidado I (UCE I) onde, supervisionada por minha Orientadora, fui facilitadora nas atividades que compreendia a proposta de leitura, construção e posterior discussão dos Textos Reflexivos propostos aos discentes de UCE I. Além das disciplinas ofertadas pelo PPGEnf/UFPel, em 2021 cursei as disciplinas de Epidemiologia e Serviços de Saúde e Avaliação de Serviços e Sistemas Locais de Saúde ofertadas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Ainda, cursei a disciplina de Métodos de Análise de Dados em Saúde ofertada pelo PPG em Epidemiologia da UFPel.

Durante o período de distanciamento social, além das atividades já citadas, fui colaboradora, junto à minha Orientadora Dr^a Suele Manjourany Duro, na seguinte publicação: **Avaliação do manejo adequado de pacientes com sífilis na atenção primária em diferentes regiões do Brasil entre 2012 e 2018** (DOI: <https://10.1590/0102-311XEN231921>).

Ainda no ano de 2020, a convite da Prof^a Dr^a Mirelle Saes, ingresso como pesquisadora no projeto "Monitoramento de indicadores de saúde em adultos e idosos após infecção pela covid-19 residentes em Rio Grande/RS - chamada

FAPERGS/MS/CNPq 08/2020 – PPSUS. Como integrante do grupo de pesquisa, deu-se a publicação dos seguintes artigos:

1. **COVID longa e fatores associados em indivíduos do sul do Brasil: um estudo de base populacional Sulcovid-19** (<https://doi.org/10.14393/Hygeia2070242>);
2. **Aspectos metodológicos e resultados da linha de base do monitoramento da saúde de adultos e idosos infectados por Sars-Cov-2 (Sulcovid-19)** (<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14140>).

Além dos artigos publicados, participei da 20ª Mostra de Produção Universitária e 23º Encontro da Pós-Graduação, apresentando o seguinte trabalho:

1. **COVID-19 no Rio Grande/RS: distribuição das pessoas infectadas conforme a Classificação Brasileira de Ocupação** (<https://mpu.furg.br/anais1?id=136>) .

Dentro da proposta de inserção do grupo de pesquisa da Sulcovid, como pesquisadora colaboradora, foi publicado nos anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no ano de 2022, o resumo **Utilização de serviços de saúde para o diagnóstico de covid-19 em adultos e idosos do sul do brasil: pesquisa Sulcovid**. (<https://proceedings.science/abrascao-2022/trabalhos/utilizacao-de-servicos-de-saude-para-o-diagnostico-de-covid-19-em-adultos-e-idos?lang=pt-br>). No mesmo evento, outro resumo foi publicado: **Avaliação do manejo adequado de pacientes com sífilis na atenção primária em diferentes regiões do brasil entre 2012 e 2018** (<https://proceedings.science/abrascao-2022/trabalhos/avaliacao-do-manejo-adequado-de-pacientes-com-sifilis-na-atencao-primaria-em-dif?lang=pt-br#>).

Em meados de 2021, já com a disponibilidade de vacinas contra o vírus, foram iniciadas as disciplinas no formato híbrido, oportunizando a volta gradual das aulas presencialmente. A partir de então, dei continuidade ao meu estágio de docência no componente curricular Unidade do Cuidado de Enfermagem I, nas atividades de Simulação e Campo Prático com a supervisão da Profª Drª Suele Manjourany Duro, além do seminário de encerramento da disciplina. Por estar inserida como discente do estágio de docência pude conhecer a **Proposta Política Pedagógica (PPP) do Curso Superior de Enfermagem da UFPel**. A PPP era totalmente diferente daquela que eu havia cursado. Foi então que solicitei à minha Orientadora a permissão para adentrar em outras atividades do componente curricular de UCE I, para conhecer e vivenciar um contexto de ensino-aprendizado pautado nas **metodologias ativas** que

contempla a proposta vigente. Na ocasião a Prof^a Dr^a Afra Sousa me acolheu e supervisionou parte do estágio nas atividades de Caso de Papel e Síntese, inserindo-me no **Projeto de Extensão Conhecendo as Famílias no Território**. Apesar de ter extrapolado o limite de curso do estágio em um semestre, foi possível participar e conhecer todos os campos de atuação da disciplina, uma experiência relevante para minha formação no que concerne à docência.

Com as disciplinas obrigatórias e optativas já cursadas, dei continuidade ao projeto de tese. Como anteriormente mencionado, os dados utilizados para a confecção desta tese foram oriundos da fase de avaliação externa do PMAQ-AB realizadas nos anos de 2012, 2014 e 2018, ciclos I, II e III respectivamente. Em meio às mudanças nas regras para descentralização dos recursos financeiros à APS o PMAQ-AB foi instituído via Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011. Este Programa incentivava a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária, garantindo um padrão de comparabilidade nacional, regional e local, capaz de permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais de avaliação de desempenho (FACCHINI; TOMASI; THUMÉ, 2021).

O trabalho de campo em todo o país ocorreu entre os meses de maio e dezembro de 2012 para o Ciclo I, novembro de 2013 e outubro de 2014 para o Ciclo II, e julho de 2017 a agosto de 2018 para o Ciclo III (FACCHINI; TOMASI; THUMÉ, 2021).

A avaliação externa foi executada operacionalmente, em seu primeiro ciclo, sob liderança das Universidades Federais de Pelotas (UFPEL), Rio Grande do Sul (UFRGS), Minas Gerais (UFMG), Bahia (UFBA) e Rio Grande do Norte (UFRN) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e Universidade Federal de Sergipe (UFS) se juntaram à coordenação a partir do Ciclo II (FACCHINI; TOMASI; THUMÉ, 2021).

Durante os três ciclos, as coletas dos dados foram realizadas por entrevistadores (avaliadores) previamente selecionados e capacitados para o trabalho de campo incluindo manuseio dos equipamentos eletrônicos. Os avaliadores foram ainda orientados quanto aos critérios de exclusão aplicáveis aos(as) usuários(as) entrevistados(as): não continuar a entrevista se for a primeira vez que o(a) usuário(a) está naquela unidade de saúde; não continuar a entrevista caso o(a) usuário(a) tenha

frequentado há mais de doze meses a unidade de saúde; e não realizar a entrevista se o(a) usuário(a) for menor de dezoito anos.

Os dados foram coletados por meio de formulários eletrônicos, instalados em tablets para aplicação e registro e, logo, enviados por meio automatizado ao servidor central no Ministério da Saúde. Foi realizada supervisão contínua do trabalho de campo para garantir a qualidade dos dados coletados, além da checagem de inconsistências e utilização de um validador eletrônico dos dados. Coube a cada uma das instituições que liderou a avaliação externa a resolução das inconsistências apresentadas ao longo do processo de coleta dos dados.

Para cada um dos ciclos da avaliação externa o instrumento de coleta de dados consistiu em questões estruturadas, elaboradas pelo Ministério da Saúde em parceria com as IES líderes e era dividido em três módulos: o primeiro módulo (Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde) verificava a infraestrutura da UBS e o segundo (Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde) avaliava o processo de trabalho das equipes, por meio de entrevistas com profissionais. O terceiro módulo (Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde) coletou entrevistas com os usuários frequentadores da UBS sobre sua percepção acerca do cuidado recebido naquele lugar e por aquelas equipes.

A análise dos dados desta Tese se deu de acordo com os objetivos de cada um dos artigos, descritos nos resumos abaixo:

1. Tendências da Assistência ao Puerpério no Brasil no Âmbito da Atenção Primária

Estudo que objetivou avaliar a tendência da assistência ao puerpério no nível da Atenção Primária à Saúde das usuárias adultas, com filhos de até dois anos, nos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). O desfecho foi operacionalizado a partir da resposta afirmativa à pergunta “A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?”. Foram realizadas análises descritivas e de tendência temporal por meio de regressão de mínimos quadrados ponderados por variância de acordo com as variáveis de contexto social (região, índice de vulnerabilidade social - IVS, porte populacional e cobertura de Estratégia de Saúde da Família - ESF). A prevalência de consulta de puerpério foi 57,7%; 54,5% e 53,0% nos três ciclos respectivamente, apresentando uma variação média anual (VMA) de redução

de 0,61 pontos percentuais ($p < 0,001$). O aumento nas frequências desse tipo de consulta foi observado apenas na região Nordeste (0,5 p.p; $p = 0,001$) e nos municípios com IVS muito alto (1,1 pp). Entretanto, a VMA reduziu em municípios com porte populacional maior de 300.000 habitantes e em todas as categorias de cobertura da ESF no município. Ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB houve uma tendência de queda na prevalência de consulta de puerpério.

2. **Qualidade da atenção ao puerpério no âmbito da atenção primária no Brasil**

Objetivo: Avaliar a qualidade da assistência no puerpério na atenção primária.
Métodos: Estudo transversal com dados obtidos por meio da entrevista com usuárias com filhos de até dois anos de idade que realizaram a consulta de puerpério na mesma UBS onde foram entrevistadas durante a avaliação externa do Ciclo III do PMAQ-AB. A qualidade de atenção foi avaliada por meio de um indicador sintético elaborado com questões do módulo de usuários. As exposições foram características das usuárias e do município. Estimou-se a prevalência de qualidade da atenção no puerpério com seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%). A associação foi medida por meio da análise bivariada por meio do teste de qui-quadrado para tendência linear e heterogeneidade e, posteriormente, realizadas a análise bruta e ajustada multinível por Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância.
Resultados: Das 5.745 (56,5%) mulheres que realizaram a consulta de puerpério na unidade entrevistada, apenas 19,5% receberam uma consulta considerada de qualidade. Aspectos relacionados à amamentação e ao planejamento familiar foram os pontos mais prevalentes na consulta de puerpério, entretanto, a realização do exame de mamas e o exame físico/ginecológico na consulta foram relatados em menos da metade da amostra. Mulheres residentes na Região Nordeste, nos municípios com 100% de cobertura de ESF, com idade igual ou superior a 40 anos, nos extremos de renda familiar e que receberam a visita do ACS durante a primeira semana após o parto tiveram maior probabilidade de ter uma consulta de puerpério de qualidade.
Conclusão: A baixa qualidade da assistência no puerpério observadas na APS denuncia o descaso com esta faixa do ciclo vital. As

evidências aqui apresentadas podem orientar o planejamento de ações que contribuam para a cuidados com resolutividade.

As análises preliminares permitiram a confecção dos seguintes resumos apresentados em seus respectivos eventos:

1. **Ações da equipe para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto na atenção básica** (<https://wp.ufpel.edu.br/enpos/>), XXV Encontro de Pós-Graduação, da 9ª Semana Integrada de Inovação, Ensino, Pesquisa e Extensão. Este trabalho foi selecionado como **DESTAQUE** na sua sessão do XXV Encontro de Pós-Graduação, da 9ª Semana Integrada de Inovação, Ensino, Pesquisa e Extensão, realizado na UFPel, no período de 20 a 24 de novembro de 2023.
2. **Acesso e qualidade da assistência ao puerpério na Atenção Primária à Saúde**, Sua tese em três minutos - 9ª Semana Integrada de Inovação, Ensino, Pesquisa e Extensão, realizado na UFPel (3MT).
3. O trabalho apresentado no 3MT foi posteriormente apresentado em forma de **reportagem do Jornal Diário Popular** na edição de 19 de novembro de 2023.



Imagens: Jornal Diário Popular (<https://www.instagram.com/diariopopular/>)



Foto: Divulgação - DP - Apenas 53% das mulheres retornaram ao serviço de saúde para atendimento após o parto

Após o parto, naturalmente, todas as atenções se voltam para o bebê que vem ao mundo. A mãe, porém, também precisa de cuidado nos primeiros momentos pós-parto, incluindo um retorno ao serviço de saúde para a consulta de puerpério até 42 dias após o parto. Também chamada de revisão de parto, essa consulta visa um momento para se identificar fatores de risco, e sua ausência pode estar associada a uma maior frequência de doenças, desmame precoce e mortalidade materna, ainda alta no Brasil.

Uma pesquisa de doutorado da UFPel revelou, no entanto, que apenas 53% das mulheres retornaram ao serviço de saúde para atendimento. Os resultados foram descobertos no projeto de tese da doutora Cristiane Gonçalves, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. O trabalho de Cristiane busca avaliar o acesso e a qualidade do cuidado no puerpério oferecido pela Atenção Básica no Brasil.

Para a pesquisadora, os resultados são alarmantes. "Considerando que as mulheres mais desfavorecidas economicamente, com baixa escolaridade, que utilizaram o sistema público de saúde para o pré-natal e aquelas mais expostas a uma gravidez recorrente foram as que menos retornaram ao serviço de saúde para a consulta de puerpério, contribuindo para a baixa cobertura desse cuidado", explica.

Outro fator que chamou a atenção de Cristiane foi o elevado índice de óbitos maternos. Apesar da meta de reduzir o número de mortes maternas de 35 a cada 100 mil nascidos vivos no Brasil, os números cresceram durante a pandemia. Em 2021, foram 107 mortes a cada 100 mil nascimentos no País. "Apesar de 98% das mulheres receberem algum tipo de cuidado pré-natal, observa-se uma divergência, um descompasso entre o aumento da cobertura de pré-natal e o aumento da mortalidade materna", considera a pesquisadora.

"Para haver uma mudança nesses indicadores é necessário compensar políticas e condutas, tanto no aspecto da gestão quanto na assistência", avalia a doutoranda. Ela explica que para elevar esses indicadores, é necessário que os gestores identifiquem as particularidades de sua região para

investir na expansão da estratégia de saúde da família, ampliando o número de enfermeiros e agentes comunitários de saúde, incluindo visita domiciliar.

Um dos caminhos para ampliar o atendimento materno é aproveitar a oportunidade em que o bebê vai fazer uma consulta pós-parto para também atender a mãe. “Do contrário, é uma oportunidade perdida, uma vez que a maioria das crianças são levadas pela mãe e isso deve ser dialogado entre as equipes e as gestantes ainda no pré-natal”, pontua.

Pelotas

Segundo a diretora de Atenção Primária da Secretaria de Saúde, Greice Matos, as puérperas de Pelotas fazem seu acompanhamento na UBS de referência de seu bairro, com a consulta primeira na primeira semana pós-parto, quando se inicia também o acompanhamento de puericultura das crianças. Conforme a diretora, cada UBS tem seu controle de gestantes, puérperas e crianças em puericultura, sendo realizada busca ativa quando necessário.

Fonte:

https://diariopopular.com.br/geral/apenas_53_das_mulheres_fazem_consulta_pos_parto_.564322



Apresentação no evento Sua tese em três minutos - 9ª Semana Integrada de Inovação, Ensino, Pesquisa e Extensão, realizado na UFPel – Fonte: Arquivos da autora.

Além das atividades mencionadas atuei como membro representante discente do PPGEnf/UFPel no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel como Suplente (Portaria nº 74, de 14 de julho de 2021) e, posteriormente como Titular (Portaria no 59, de 11 de janeiro de 2022).

Em meio à crise climática vivenciada mundialmente, o estado do Rio Grande do Sul foi acometido, entre os meses de abril, maio e junho de 2024, por chuvas intensas o que resultou em uma cadeia de inundações nunca vistas. As cheias do Vale do Rio Taquari, Rio dos Sinos entre outros que desaguam no Lago Guaíba fez com que volumes de água expressivos na Laguna dos Patos atingissem a cidade de Pelotas. As cheias da Laguna somada a do Canal São Gonçalo fez com que centenas de pessoas saíssem de suas residências, gerando comoção local e mobilizando dezenas de voluntários. Eu e minha família fomos afetados, já que residimos em locais em que a Prefeitura de Pelotas, juntamente com a UFPel e FURG, identificaram como regiões de iminente probabilidade de enchente com lâminas d'água que poderiam atingir mais de 1m de altura. Depois de garantir abrigo em um local seguro, impulsionada por um sentimento de solidariedade, busquei por voluntariar-me como enfermeira nos abrigos da cidade. Acabei por me juntar à equipe formada pela Prof^a Dr^a Fernanda Tristão no Abrigo da ESEF/UFPel para auxiliar como necessário.

Diante dos vários desafios encontrados durante o transcurso do doutorado, acadêmicos e pessoais, parafraseio Édith Piaf “je ne regrette rien”. Por mais desafiador que tenha sido, foi a minha trajetória. Pode parecer clichê, mas não me comparo com meus pares e, sim, com o meu caminho, com o que eu fui e o processo de desenvolvimento profissional e pessoal que me trouxe até aqui. Os erros, como boa enfermeira de segurança do paciente que fui, servem como aprendizado para mapear as necessidades de aperfeiçoamento. Os acertos, para pontuar potencialidades que merecem, da mesma forma que os erros, serem propagados com a exaltação de que se deu em um dado contexto e que é possível superar as adversidades.

O desenvolvimento que aqui expus se deu porque tive a oportunidade de cursar o doutorado, além do desejo de salientar o protagonismo feminino e das pessoas que gestam em um processo em que é supervalorizada a chegada do bebê, não dando a devida atenção a uma pessoa que também merece ser cuidada como um todo. Que demanda a continuidade de um cuidado voltado às consequências de uma gestação, que somadas às condições pré-existentes ou surgidas durante o processo gravídico-puerperal, podem impactar de forma negativa a saúde das pessoas em seu contexto ampliado.

Outro ponto a ser ressaltado é a importância que o PMAQ-AB representou no cenário nacional e internacional, extrapolando os limites da academia que não foram

explorados na sua totalidade. O caráter meticuloso das avaliações externas, permitiram a comparabilidade dos indicadores ao longo dos anos. Erros e acertos foram pontuados, assim como o demonstrado nesta tese em que apesar dos esforços em políticas de melhoria da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, não foram observados os impactos esperados na assistência do puerpério na APS, mas evidenciou o caráter de combate às iniquidades em saúde do PMAQ-AB, aumentando a prevalência de consultas de puerpério e demonstrando a maior qualidade da atenção no pós-parto na APS em regiões mais pobres do Brasil.

A Tese aqui apresentada alcançou os objetivos propostos quando a hipótese lançada inicialmente foi de que:

1. A prevalência de realização da consulta de puerpério foi em torno de 70%. Nosso estudo observou que a prevalência de realização da consulta de puerpério observada foi em torno de 50%, ficando aquém daquele sugerido inicialmente;

2. Os indicadores da atenção ao puerpério das equipes que compuseram os ciclos I, II e III do PMAQ tiveram considerável aumento entre os ciclos. Apesar dos avanços na APS amplamente alcançados durante a vigência do PMAQ-AB, observamos a redução das prevalências de consulta de puerpério ao longo dos três ciclos de avaliação externa com a presença de baixa qualidade da consulta de puerpério observada no Ciclo III do PMAQ-AB. Entretanto, foi observado o caráter de combate às iniquidades em saúde do PMAQ-AB alcançados nas regiões Norte e Nordeste, bem como aquelas residentes em municípios mais vulneráveis conforme análise do IVS;

3. Mulheres mais vulneráveis socioeconomicamente foram as usuárias prevalentes na utilização da consulta de puerpério nos ciclos I, II e III. Nosso estudo observou que, ao contrário do que levantado nas hipóteses, mulheres mais vulneráveis socioeconomicamente foram as usuárias menos prevalentes na utilização da consulta de puerpério, porém tiveram o maior aumento da VMA e obtiveram maior qualidade na assistência;

4. Variáveis socioeconômicas e demográficas associadas à utilização e à qualidade da consulta puerperal no PMAQ foram renda além das relacionadas à realização de pré-natal, confirmando nossa hipótese inicial, exceto pela escolaridade cuja variável não foi calculada devido as divergências de estratificação entre os diferentes ciclos de avaliação externa.

Dito isso, o trabalho aqui apresentado, além de preencher requisitos necessários para obtenção do título de Doutora em Ciências, avaliou indicadores de resultados expressos pelos relatos de usuárias com filhos menores de dois anos de idade e que realizaram a consulta de puerpério na UBS onde buscaram atendimento na ocasião da entrevista.

A tendência de queda na cobertura de consulta de puerpério observada na APS entre os anos de 2012 e 2018, indica que a cada dez mulheres que dão à luz, cinco não recebem a atenção devida após o parto na APS por meio da consulta de puerpério. E, de cada dez mulheres que realizaram a consulta de puerpério, apenas duas receberam uma consulta considerada de qualidade.

Perante esses achados não é possível pensarmos isoladamente nas condições individuais associadas a utilização do serviço, tampouco de sua qualidade. Isso porque as questões sociais e ou coletivas, que incidem sobre essa população, colaboram para desfechos negativos. Assim, buscamos associar os determinantes sociais em saúde como fatores condicionantes resultantes das desigualdades sociais que levam a puérpera a não receber a assistência devida e oportuna, contribuindo para as disparidades em saúde, aumento do risco de acometimento por doenças e até mesmo a morte. Dessa forma, destacamos o potencial de combate às iniquidades em saúde do PMAQ-AB enquanto modelo de financiamento em saúde.

Como limitação do estudo apontamos um possível viés recordatório das entrevistadas que poderia afetar os resultados dada a possibilidade de não recordar de todas as ações realizadas durante a consulta de puerpério. Outra limitação pode ser atribuída ao conjunto restrito de perguntas para definir a qualidade da atenção na consulta de puerpério, mas os itens considerados estão preconizados em documentos do próprio Ministério da Saúde.

Como ponto forte, ressalta-se o fato de ser um estudo com uma amostra expressiva de usuárias dos serviços de saúde de diferentes regiões do Brasil, somando um total de 42.929 participantes, cuja distribuição no território nacional, representou a inclusão de 92% das equipes de ESF no ano de 2018 (ciclo III). Além disso traz contribuições para o conhecimento do cuidado no puerpério na APS diante da escassez de estudos da atenção a essa etapa do ciclo vital.

Desse modo, é urgente a revisão das estratégias vigentes para garantir a consulta de puerpério, resultando em maiores prevalências da utilização do serviço e,

consequentemente, contribuindo para a qualidade da assistência objetivando a redução da morbimortalidade materna.

III. Artigos

Artigo 1

Tendências da Assistência ao Puerpério no Brasil no Âmbito da Atenção Primária
Será submetido à Cadernos de Saúde Pública

Tendências da Assistência ao Puerpério no Brasil no Âmbito da Atenção Primária
Trends in Puerperium Care in Brazil within the Scope of Primary Care

Cristiane de Souza Gonçalves (<https://orcid.org/0000-0002-9668-5459>)¹

Renata Cristina da Silva Martins (<https://orcid.org/0000-0002-9165-5525>)¹

Suele Manjourany Silva Duro (<https://orcid.org/0000-0001-5730-0811>)¹

1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, UFPel.

Resumo

Estudo que objetivou avaliar a tendência da assistência ao puerpério no nível da Atenção Primária à Saúde das usuárias adultas, com filhos de até dois anos, nos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). O desfecho foi operacionalizado a partir da resposta afirmativa à pergunta “A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?”. Foram realizadas análises descritivas e de tendência temporal por meio de regressão de mínimos quadrados ponderados por variância de acordo com as variáveis de contexto social (região, índice de vulnerabilidade social - IVS, porte populacional e cobertura de Estratégia de Saúde da Família - ESF). A prevalência de consulta de puerpério foi 57,7%; 54,5% e 53,0% nos três ciclos respectivamente, apresentando uma redução na variação média anual (VMA) (-0,61 p.p; $p < 0,001$). O aumento nas frequências desse tipo de consulta foi observado apenas nas regiões Norte e Nordeste (0,5 e 0,8p.p respectivamente) e nos municípios com IVS muito alto (1,1 pp). Entretanto, a VMA reduziu em municípios com porte populacional maior de 300.000 habitantes e em todas as categorias de cobertura da ESF no município. Ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB houve uma tendência de queda na prevalência de consulta de puerpério.

Palavras-chave: Período Pós-Parto; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Prevalência; Tendências

Abstract

This study aimed to assess the temporal trend of puerperium care at the Primary Health Care level of the adult users interviewed, with children up to two years old, in the three cycles of the National Programme for Improving Access and Quality (PMAQ-AB). The outcome was "Did you have a birth review visit (puerperium visit)?". Descriptive and time trend analyses were carried out using variance-weighted least squares regression for the social context variables (region, social vulnerability index (SVI), population size and Family Health Strategy (FHS) coverage). The prevalence of puerperium consultations was 57.7 per cent, 54.5 per cent and 53.0 per cent in the three cycles respectively, with a mean annual variation (MAV) of -0.61 percentage points ($p < 0.001$). The increase in the frequency of this type of consultation was only observed in the North and Northeast region (0,8 e 0.5 p.p respectively) and in municipalities with very high SVI (1.1 pp). However, in municipalities with a population of over 300,000 inhabitants and in those regardless of the percentage of FHS coverage in the municipality, the VMA decreased. Over the three PMAQ-AB cycles, there was no favourable evolution in the frequency of puerperium consultations.

Key words: Postpartum Period, Primary Health Care, Maternal-Child Health Services, Prevalence, Trends

Introdução

O puerpério ou período pós-parto tem início logo após o nascimento do bebê e a posterior saída da placenta, tendo seu término cronologicamente indeterminado, porém para fins assistenciais, finaliza-se por volta da sexta semana após o parto ^{1,2}. Nesse período, as mulheres passam por uma série de modificações físicas, psíquicas e sociais, o que as tornam sujeitas ao desenvolvimento de condições que, se não identificadas e tratadas em tempo oportuno por meio da consulta de puerpério, aumentam os riscos de morbimortalidade materna ^{1,2}. Alterações estas que, por sua vez, sofrem impacto direto dos determinantes sociais em saúde aumentando a predisposição a desfechos desfavoráveis em saúde, incluindo a morte materna ³.

Mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou durante o puerpério por qualquer causa relacionada ou que foi agravada pela gravidez ou por medidas relacionadas a ela, exceto aquelas causadas por acidentes ou incidentes ⁴. O Brasil, apesar de ter realizado investimentos em políticas públicas, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, conforme definido nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não conseguiu atingir as metas estabelecidas, pactuando novas metas firmadas por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ainda que tenham sido observados avanços significativos até o ano de 2019 ⁵. Esse cenário, no entanto, piorou durante os últimos anos evidenciando as deficiências estruturais e de processos aliadas às desigualdades econômicas que já vinham acontecendo no acesso à assistência à saúde materna ⁶⁻⁸.

A atenção materno-infantil tem se mostrado eficaz na prevenção e tratamento de fatores que possam levar à morte da mulher no período gravídico-puerperal,

porém, apesar de 98% das mulheres terem recebido algum tipo de cuidado pré-natal, observa-se um descompasso entre o aumento da cobertura de pré-natal e a realização da consulta de puerpério³. A consulta de puerpério compõe parte valiosa da continuidade do cuidado no processo gravídico-puerperal, mapeando condições adversas no período, promovendo o aleitamento materno e, por meio do planejamento familiar, reduzindo os riscos de adoecimento e óbito por condições obstétricas decorrentes de gestações indesejadas e com intervalos curtos⁹. Porém, no Brasil, as coberturas de assistência puerperal por meio da consulta de puerpério são alarmantes¹⁰⁻¹³.

Este estudo teve como objetivo verificar a tendência temporal de realização da consulta de puerpério entre os anos de 2012 e 2018 na atenção primária em saúde (APS) e a sua associação com os determinantes sociais em saúde.

Métodos

Estudo transversal com análises realizadas com dados dos três ciclos do Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB). Por ocasião do primeiro ciclo da avaliação externa, no ano de 2012, cerca de 52% das eAB aderiram ao PMAQ (17.202 eAB), no ano de 2014, 79% (29.778 eAB) e em 2017 86% (37.350 eAB) aderiram ao PMAQ-AB.

Para a realização deste estudo foram utilizados os dados da avaliação externa conduzida por Instituições de Ensino Superior sob a liderança do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. O trabalho de campo em todo o país ocorreu entre os meses de maio e dezembro de 2012 para o Ciclo I, novembro de

2013 e outubro de 2014 para o Ciclo II, e julho de 2017 a agosto de 2018 para o Ciclo III ¹².

A amostra do presente estudo foi constituída por mulheres com filhos de até dois anos, sendo, 8.777 no Ciclo I, 13.043 no Ciclo II, e 21.109 no Ciclo III.

O desfecho foi considerado a realização da consulta de revisão de parto, ou seja, quando a entrevistada respondeu “SIM” à seguinte questão: “A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?”. Como variáveis de exposição foram consideradas: (a) Características da usuária (idade; renda em salários mínimos para cada ano de realização do ciclo de avaliação externa; participação no Programa Bolsa Família; realização de pré-natal; número de consultas de pré-natal e realização do pré-natal na mesma UBS em que foi entrevistada) e (b) Características do município (região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); porte populacional estimado para 2014 - até 10.000; 10.001-30.000; 30.001-100.000; 100.001-300.000; mais de 300.000 habitantes - ; cobertura populacional da ESF - até 50%; 50,1 a 75,0%; 75,1 a 99,9%; 100% - e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) ¹⁴. O índice varia de zero a um, onde índices mais próximos a um indicam maior vulnerabilidade social do município – Figura 1 ¹⁴.

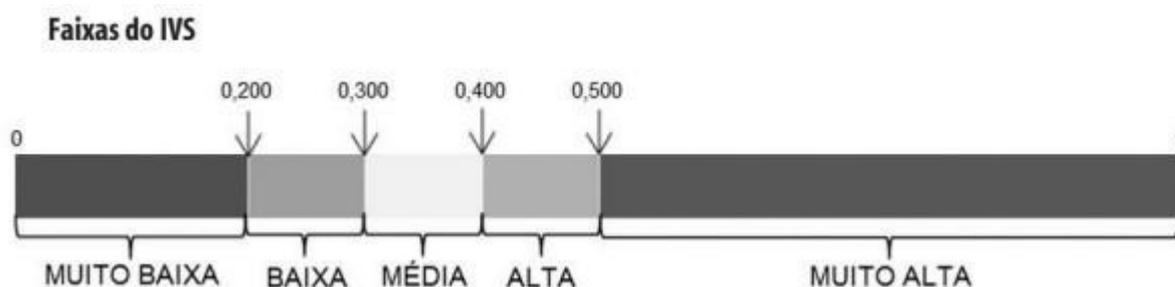


Figura 1 - Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Fonte: IPEA (2015)

Foi realizada análise descritiva e de tendência sendo descritas as características das usuárias por meio de frequências absolutas e relativas. A análise

de tendência temporal das frequências de consulta de puerpério ao longo dos ciclos do PMAQ-AB foi realizada por meio de regressão de mínimos quadrados ponderados por variância, o que permite verificar mudanças médias anuais considerando diferentes intervalos de tempo. O ano da pesquisa foi utilizado como variável independente nestas análises e mudanças absolutas anuais foram expressas em pontos percentuais. Para todas as análises adotou-se um nível de significância de 5%. As análises foram realizadas utilizando o software Stata (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LP).

Os protocolos dos estudos foram submetidos e aprovados pelos seguintes Comitês de Ética em Pesquisa (CEP): no Ciclo I aprovado mediante parecer nº 38/2012 pelo CEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; no Ciclo II aprovação se deu por meio do parecer nº 487055 do CEP da Universidade Federal de Goiás, cuja; no ciclo III, obteve o parecer favorável nº 2.453.320 do CEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Todas as entrevistadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram devidamente informadas sobre o tema da pesquisa, a garantia do sigilo e da confidencialidade das informações prestadas e sobre o direito de recusar a participar a qualquer momento do estudo.

Resultados

Durante os três ciclos foram realizadas um total de 42.929 entrevistas com mulheres com filhos até dois anos de idade, assim distribuídas: 8.777 mulheres no Ciclo I (2012), 13.043 no Ciclo II (2014) e 21.109 no Ciclo III (2018). As amostras dos três ciclos foram constituídas majoritariamente por mulheres com idade entre 20 e 29

anos, de cor da pele autorreferida parda ou mestiça, com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela1. Distribuição das mulheres com filhos até dois anos de idade, na ocasião da entrevista, segundo características das usuárias da APS para cada ciclo do PMAQ-AB (Ciclos I - 2012, II - 2014 e III - 2018), Brasil.

	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III	
	2012		2014		2018	
Mulheres com filhos até dois anos de idade na ocasião da entrevista	8.777		13.043		21.109	
Variável	Total		Total		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)						
18 a 19	873	10,6	1.318	10,6	1.872	9,8
20 a 29	4.784	58,1	7.027	56,8	10.440	54,4
30 a 39	2.321	28,2	3.613	29,2	6.106	31,8
40 ou mais	256	3,1	421	3,4	758	3,9
Raça/cor						
Branca	2.962	34,3	3.772	30,4	4.737	24,9
Preta	1.095	12,7	1.691	13,6	2.590	13,6
Parda/Mestiça	4.248	49,2	6.385	51,4	10.872	57
Indígena	78	0,9	102	0,8	170	0,9
Amarela	252	2,9	464	3,7	689	3,6
Renda*						
Menos de 1	2.126	29,2	863	30	5.985	31,2
De 1 a 3	4.731	64,9	1.954	67,8	12.565	65,5
4 ou mais	428	5,9	63	2,2	1.391	7,3
Participa do Bolsa Família?						
Sim	4.603	53,1	5.670	45,1	9.637	54,4
Não	4.072	46,9	6.887	54,8	8.076	45,6
Número de consultas de pré-natal						
Menos de 6	885	10,7	1.359	15,1	3.449	19,8
6 ou mais	7.357	89,3	7.652	84,9	13.934	80,2
Realizou o pré-natal na UBS em que foi entrevistada?						
Sim	6.054	70,7	9.613	76,6	14.961	80
Não	2.511	29,3	2.943	23,4	3.730	20

Fonte: autores, 2024.

A prevalência de consulta de puerpério foi 57,7% (IC 95% 56,7;58,8%) no Ciclo I, 54,4% (IC95% 53,6;55,3%) no Ciclo II e 53,0% (IC 95% 52,3;53,7%) no Ciclo III. As maiores prevalências de consulta de puerpério foram observadas entre as mulheres

mais velhas (Ciclo I 66,4%; Ciclo II 59,9%; Ciclo III 59,2%) e de cor da pele branca nos três ciclos de avaliação (63,4% no Ciclo I, 59,8% no Ciclo II e 55,2% no Ciclo III). Contudo, entre as mulheres mais jovens foram observadas as menores prevalências de consulta de pós-parto durante os três ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB, obtendo a menor prevalência no Ciclo III com apenas 45,5% das puérperas retornando ao serviço de saúde para esse fim (Tabela 2).

Em todos os ciclos de avaliação as mulheres com renda inferior a um salário mínimo foram as menos assistidas durante o puerpério na atenção primária, representando 49,9%, 56,6% e 51,7% da amostra respectivamente. Foi observada uma menor prevalência de consulta entre as participantes do Programa Bolsa Família nos Ciclos I (53,8%) e II (53,1%), enquanto no Ciclo III não houve diferença entre as que participavam do programa de transferência de renda comparadas àquelas que não participavam (Tabela 2).

Quando comparamos a variação média anual da frequência de consulta de puerpério ao longo dos três ciclos, observamos uma redução da frequência dessas consultas, registrando uma variação média anual (VMA) de -0,61 p.p. ($p < 0,001$). Quando estratificado por região, observa-se que as maiores prevalências de cobertura do puerpério ao longo dos três ciclos foram nas regiões sul e sudeste. Contudo, a região sudeste destacou-se pela maior redução, em pontos percentuais, de mulheres que obtiveram consultas após o parto (VMA = -1,3 p.p; $p < 0,001$), enquanto as regiões norte (VMA = 0,8 p.p; $p = 0,001$) e nordeste (VMA = 0,5 p.p; $p = 0,007$) apresentaram um aumento nas frequências de consulta de puerpério entre os diferentes ciclos do Programa, com VMA de 0,5 p.p ($p = 0,001$), ainda que as prevalências anuais tenham sido as mais baixas no período.

Tabela 2. Prevalência de consulta de puerpério conforme as características das usuárias entrevistadas em cada um dos ciclos de avaliação externa realizados nos três ciclos do PMAQ-AB (Ciclos I - 2012, II - 2014 e III - 2018), Brasil.

	Ciclo I 2012		Ciclo II 2014		Ciclo III 2018					
Mulheres com filhos até dois anos de idade na ocasião da entrevista	8.777		13.043		21.109					
Variável	Sim		Sim		Sim		p valor			
	n	%	n	%	n	%				
Consulta de puerpério realizada	5.010	57,7	---	---	6.846	54,5	---	10.165	53	---
Idade (anos)			<0,001				<0,001			<0,001
18 a 19	434	49,7			636	48,2			852	45,5
20 a 29	2.709	56,6			3.737	53,2			5.352	51,3
30 a 39	1.468	63,2			2.132	59			3.512	57,5
40 ou mais	170	66,4			252	59,9			449	59,2
Raça/cor			<0,001				<0,001			<0,001
Branca	1.878	63,4			2.254	59,8			2.616	55,2
Preta	617	56,3			913	54			1.419	54,8
Parda/Mestiça	2.323	54,7			3.338	52,3			5.634	51,8
Indígena	34	43,6			40	39,2			88	51,8
Amarela	136	54			231	49,8			346	50,2
Renda*			<0,001				0,009			0,006
Menos de 1	1.060	49,9			488	56,5			3.097	51,7
De 1 a 3	2.958	62,5			1.224	62,6			6.700	53,3
4 ou mais	311	72,7			37	58,7			783	56,3
Participa do Bolsa Família?			<0,001				0,005			0,09
Sim	2.478	53,8			3.009	53,1			5.184	53,8
Não	2.532	62,2			3.826	55,5			4.241	52,5
Número de consultas de pré-natal			<0,001				<0,001			<0,001
Menos de 6	356	40,2			551	40,5			813	23,6
6 ou mais	4.404	59,9			4.426	57,8			8.482	60,9
Realizou o pré-natal na UBS em que foi entrevistada?			0,002				<0,001			<0,001
Sim	3.436	56,8			5.327	55,4			7.839	52,4
Não	1.518	60,4			1.511	51,3			2.216	59,4

Fonte: autores, 2024.

Foi observada uma VMA positiva de 1,1 p.p entre mulheres que vivem em municípios com IVS muito alto, porém houve redução (-1,3 p.p) na frequência de consultas de puerpério entre os diferentes ciclos do PMAQ-AB quando o IVS é muito baixo ($p < 0,001$).

Destaca-se a redução das diferenças de frequência observada quando analisados os municípios com IVS mais alto e mais baixo nos três ciclos de avaliação externa. No Ciclo I a diferença entre os extremos é de 26 p.p, passando a 25 p.p no Ciclo II e 12 p.p no Ciclo III. Ainda que observada essa redução nas diferenças ao longo das avaliações externas do PMAQ-AB, as maiores quedas são observadas nos municípios com IVS mais baixo e, mesmo com esta redução, em municípios com IVS mais alto as frequências de consulta de puerpério não alcançam os índices de municípios mais ricos. Quanto ao porte populacional, foi observada redução na frequência de consulta de puerpério, independente do porte populacional do município avaliado. Destaca-se os municípios com porte populacional maiores de 300.000 habitantes com a maior redução na VMA de -1,2 p.p ($p < 0,001$). Além disso, independente do percentual de cobertura da ESF no município, foi observado que a VMA da frequência de consultas de puerpério, das mulheres aqui estudadas, também foi negativa (Tabela 3).

Tabela 3 - Variação anual da frequência de consulta de puerpério ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB (Ciclos I - 2012, II - 2014 e III - 2018), Brasil.

	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III		Variação média ano (p.p.)	Valor-p	Tendência de frequência de consulta de puerpério
	2012		2014		2018				
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%			
Brasil	57,7	56,7-58,8	54,4	53,6-55,3	53	52,3-53,7	-0,61	<0,001	Redução
Região									
Nordeste	46,8	44,8-48,7	48,8	47,3-50,3	50,5	49,3-51,7	0,5	0,001	Aumento
Norte	41,3	37,0-45,8	41,1	38,1-44,1	46,3	44,2-48,5	0,8	0,007	Aumento
Sul	71,5	68,3-74,5	71,8	69,3-74,2	64,2	62,0-66,3	-1,2	<0,001	Redução
Sudeste	64,5	63,0-66,0	60,6	59,1-62,0	55,2	54,0-56,4	-1,3	<0,001	Redução
Centro-oeste	53	49,5-56,4	44,6	41,7-47,5	49,4	46,8-52,1	-0,3	0,258	Estabilidade
IVS									
Muito Baixo	70,6	67,8-73,2	67,5	64,5-70,2	61,6	59,0-64,0	-1,3	<0,001	Redução
Baixo	64	62,3-65,5	59,9	58,4-61,3	56,5	55,2-57,7	-1	<0,001	Redução
Médio	52,5	50,3-54,7	51,8	50,0-53,5	49,1	47,6-50,5	-0,5	0,003	Redução
Alto	46,8	44,2-49,3	49,2	47,3-51,2	51,1	49,5-52,7	0,6	0,004	Aumento
Muito Alto	44	40,4-47,7	43,6	40,9-46,2	50	48,0-51,9	1,1	<0,001	Aumento
Porte Populacional									
Até 10.000	57	54,2-59,7	54,8	52,3-57,3	54,1	51,9-56,2	-0,4	0,118	Estabilidade
10.001 a 30.000	55,1	53,1-57,0	52,1	50,5-53,8	51,2	49,8-52,6	-0,5	0,003	Redução
30.001 a 100.000	55,8	53,5-58,1	53	51,2-54,8	53	51,6-54,4	-0,3	0,089	Estabilidade
100.001 a 300.000	57,8	54,8-60,7	57	54,6-59,3	52,5	50,6-54,4	-0,8	<0,001	Redução
Mais de 300.000	64,3	62,1-66,4	57,5	55,6-59,4	54,8	53,4-56,3	-1,2	<0,001	Redução
Cobertura ESF									
Até 50,0%	64,3	62,4-66,1	58,6	56,6-60,5	56,6	54,8-58,4	-1	<0,001	Redução
De 50,1% a 75,0%	56,9	54,8-59,0	54,1	52,1-56,1	53	51,4-54,6	-0,5	0,006	Redução
De 75,1% a 99,9%	57,2	54,8-59,5	53,8	51,8-55,7	50,6	49,1-52,1	-0,9	<0,001	Redução
100%	52,3	50,3-54,4	53,1	51,8-54,5	52,9	51,8-53,9	0	0,854	Estabilidade

Fonte: autores, 2024.

Discussão

Ao longo dos três ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB houve redução na prevalência de consulta de puerpério entre as mulheres entrevistadas. As maiores

prevalências de consulta de puerpério foram encontradas entre as mulheres mais velhas, de cor branca, mais ricas, não participantes de programas de transferência de renda, com seis ou mais consultas de pré-natal e aquelas que não realizaram o pré-natal na mesma unidade onde foram entrevistadas. Considerando a VMA encontrada nas prevalências de consulta de puerpério, houve um discreto aumento desse tipo de consulta nas regiões Norte e Nordeste e em municípios com IVS muito alto. Além disso, municípios com mais de 300.000 habitantes e com cobertura de ESF de até 50% obtiveram as maiores reduções na VMA medidas entre 2012 e 2018.

A cada dez mulheres que deram à luz, apenas cinco realizaram uma consulta de puerpério, evidenciando a baixa cobertura desse tipo de cuidado na APS. Considerando estudos realizados em diversos países, as prevalências variam entre 32,2% e 89,4%, demonstrando que as baixas coberturas de assistência a essa população têm distribuição mundial e apresentam associação, dentre outros, com determinantes sociodemográficos além de refletir as desigualdades sociais, econômicas e dos diferentes arranjos de sistemas de saúde, o que expressa uma importante lacuna no cuidado, cuja ausência de assistência apropriada e em tempo oportuno representa maiores riscos de morbimortalidade materna ^{11,15-18}.

No Brasil, ao longo dos anos, o planejamento de políticas e das ações em saúde estabelecidas para garantir um maior acesso e utilização dos serviços buscou o alcance da universalidade do acesso e da integralidade dos cuidados de saúde. Porém, não tem sido evidenciado o impacto esperado no que diz respeito à utilização da consulta de puerpério ^{10,11,13}.

Esses achados são alarmantes pois denunciam a descontinuidade do cuidado, dadas as baixas prevalências de consulta puerperal. A continuidade do cuidado em saúde materno-infantil é um modelo de componentes integrados do serviço de saúde

que contempla o período gravídico-puerperal e, portanto, termina com os cuidados dentro de seis semanas após o parto, objetivando a melhoria da saúde materna, neonatal e infantil ^{1,10,16}. Logo, a não realização da consulta de puerpério compromete a integralidade do cuidado, demonstrando as possíveis fragilidades existentes na contrarreferência e, conseqüentemente, na longitudinalidade do cuidado ¹⁸. Supõe-se que o fato de a atenção no período pós-parto ser voltada ao recém-nascido, induz a um caráter de invisibilidade à saúde da mulher no puerpério, com perda do seu protagonismo e da sua individualidade.

A literatura aponta que as chances de realizar a consulta de pós-parto em até 42 dias são maiores entre mulheres mais velhas quando comparadas àquelas mais jovens ^{17,19-21}. À medida que as mulheres vão envelhecendo, aumentam as chances de complicações, demandando maiores cuidados no ciclo gravídico-puerperal ²². Ainda, é sugerido que estas mulheres entendem que a idade é um fator que as deixa mais vulneráveis quanto à possíveis complicações, tanto para si quanto para seus bebês assim sua preocupação é como o desfecho da gravidez pode afetar a saúde do bebê frequentando, portanto, os serviços de saúde em maior número ^{20,22}.

Observamos uma maior prevalência de consulta de puerpério entre as mulheres brancas nos três ciclos do PMAQ-AB, apesar da amostra, em todos os ciclos ser constituída majoritariamente por pessoas autodeclaradas pardas ou mestiças. Esses dados reforçam a disparidade entre grupos de diferente cor de pele na utilização da assistência na APS ^{13,23}. Para estimar as iniquidades em saúde no Brasil, é imperativo resgatar fatores e diferenças históricas que implicam nas diversas formas de viver, adoecer e morrer ^{23,24}. As condições de vida das mulheres negras impacta diretamente na saúde, onde a incapacidade dos serviços em lidar com as diferenças étnicas, promove a violação de direitos humanos básicos, resultando em desfechos

negativos em saúde como maior morbidade e mortalidade por causas notoriamente evitáveis^{6,7,24-26}. Considerando essa realidade, o Ministério da Saúde por meio da Rede Alyne, reestruturou a Rede Cegonha objetivando reduzir as iniquidades raciais na assistência à saúde^{27,28}.

Mulheres mais pobres tendem a ter menor utilização dos serviços de saúde no puerpério^{17,19,29-32}. No Malawi foi observado que a adesão aos serviços de cuidados puerperais entre as mães que pertenciam a famílias com maiores rendimentos foi pelo menos 14 vezes maior do que as mães de famílias mais pobres³². Outro estudo, realizado em 2011 na Etiópia, identificou que mulheres mais ricas tinham 75% menos risco de faltar à consulta de revisão de parto em comparação às mais pobres³¹. Tais achados sugerem, portanto, que são necessárias campanhas de sensibilização sobre os cuidados no puerpério dirigidas às mães de menor status econômico. É indispensável que a APS trabalhe no sentido de aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde no puerpério de modo a diminuir o impacto das desigualdades sociais no estado de saúde das puérperas. As visitas domiciliares permitem a identificação de situações de vulnerabilidade social que interferem na saúde das pessoas envolvidas, maneira pela qual os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) possam ser operacionalizados no território e na comunidade adscrita³³.

A prevalência de consulta de puerpério observada entre as mulheres participantes do Programa Bolsa Família foi menor nos Ciclos I e II, enquanto no Ciclo III não houve diferença entre ser participante ou não. Programas de transferência de renda têm repercutido positivamente na redução das iniquidades em saúde³²⁻³⁴. No Brasil, para ser beneficiário do Bolsa Família o indivíduo precisa cumprir certas condicionalidades, incluindo sua vinculação ao serviço de saúde. Assim, o programa,

além de promover maior acesso à renda, busca aproximar a população mais carente dos serviços, melhorando o desempenho de ações da APS ³⁶⁻³⁹.

Dentre as mulheres que realizaram mais de seis consultas de pré-natal a prevalência de consulta de puerpério foi maior em comparação com aquelas que realizaram um menor número de consultas, indo ao encontro de outros estudos, nacionais e internacionais ^{17,18,30}. Um maior número de encontros entre o serviço de saúde e a gestante no pré-natal proporciona mais tempo para receber as orientações necessárias ao processo gravídico-puerperal, promovendo assim, o retorno dessa mulher ao serviço de saúde após o parto devido a sua percepção de necessidade de cuidado apreendida durante o cuidado pré-natal ^{1,17,30,40}.

Durante os três ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB, apenas no Ciclo II a maioria das mulheres realizou o pré-natal na mesma unidade de saúde onde foram entrevistadas. Esse dado nos remete a reconhecer a fragmentação da longitudinalidade do cuidado, determinante que, conforme abordado por Baratieri et al (2022), foi identificado como um atributo da atenção primária que merece ser fortalecido para aperfeiçoar a atenção pós-parto já que o estudo identificou que a maior prevalência de consulta de pós-parto foi associada a esse atributo ¹⁸.

As regiões Norte e Nordeste obtiveram, mesmo que discretas, VMA positivas. Tal fato pode ser atribuído aos investimentos realizados desde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, seguido do Programa de Saúde da Família que deu origem à Estratégia de Saúde da Família, que buscou atender as áreas mais pobres do país e, conseqüentemente, com os piores indicadores em saúde, impactando positivamente a saúde da população, com a redução da morbimortalidade ^{41,42}.

Entretanto, quando analisamos a região Sudeste observamos o seu destaque pela maior redução, em pontos percentuais, de consulta de puerpério no período,

seguida das regiões Sul e Centro-Oeste. Podemos atribuir este achado ao prejuízo causado pela Política Nacional da Atenção Básica de 2017 (PNAB) ^{42,43}. Além das alterações que reduziu o número de ACS por ESF, passando de um mínimo de quatro agentes para apenas um por equipe, a PNAB não define os parâmetros de classificação de grupos de maior vulnerabilidade para atribuir a cobertura de 100% da população da ESF pelo ACS. Freire et al (2021) observaram que em municípios das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste tiveram mais chance de reduzir o número de ACS por equipe ⁴³.

Durante a primeira semana do pós-parto, a Rede Cegonha prevê a visita domiciliar do ACS ao binômio para, entre outras ações, orientar à puérpera quanto a importância do retorno o serviço para a consulta de puerpério ^{1,10,18}. Na ausência desse profissional, o vínculo entre a equipe e a puérpera é dificultado e, possivelmente, perdida a oportunidade de reforçar a importância da consulta de puerpério na saúde da mulher. Baratieri et al (2022) observaram que a prevalência de consulta de puerpério entre mulheres que receberam a visita do ACS foi três vezes maior em comparação àquelas que não receberam a visita desse profissional nos primeiros dias após o parto, realçando a importância deste profissional na ESF ¹⁸.

Nos diferentes ciclos de avaliação externa, os municípios com maior IVS obtiveram as menores prevalências de consulta de puerpério. No entanto, foi possível observar um aumento das consultas entre os municípios de IVS alto e muito alto, ou seja, nos municípios mais pobres. Cabe destacar que, mesmo com o maior aumento, tais municípios apresentam prevalências significativamente menores desse tipo de consulta quando comparados àqueles com menores IVS, chegando a aproximadamente 12 pontos percentuais de diferença quando comparamos os extremos desta variável. No entanto, não podemos deixar de observar que a redução

na ocorrência desse tipo de consulta entre os municípios com menores IVS foi maior do que o aumento entre os municípios mais vulneráveis. Este aumento discreto pode ser atribuído à capacidade do PMAQ-AB como ferramenta de combate às iniquidades em saúde e de ampliação do acesso à saúde das populações mais vulneráveis ⁴⁴. Tais resultados demonstram que políticas de incentivo financeiro bem planejadas podem levar a um aumento da oferta, acesso e qualidade do cuidado ^{12,42,44,45}.

Observamos uma redução ou estabilidade na frequência de consulta de puerpério ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB, independente do porte populacional e do percentual de cobertura de ESF do município avaliado. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma ferramenta de combate às desigualdades em saúde por meio dos seus princípios, em especial, o da equidade que busca atender as pessoas mais vulneráveis melhorando os indicadores de saúde ^{12,42,44,46,47}. O modelo de vigilância em saúde ancorado na ESF, tem demonstrado efeitos positivos importantes sobre a saúde da população brasileira como a redução da mortalidade infantil dentre outros ^{12,34,42,46,47}.

Dito isso, a atenção voltada às mulheres no puerpério ainda é um desafio para alcançar uma maior utilização dos serviços de saúde. A literatura aponta a não adesão à consulta puerperal como um importante aspecto na descontinuidade nos cuidados à mulher após o parto ^{18,40,48,49}, representando a fragmentação do cuidado e aumentando as chances da ocorrência de eventos considerados graves em se tratando de morbi-mortalidade materna, além de fragilidades identificadas nas ações dos enfermeiros na ESF ⁴⁸⁻⁵⁰.

A avaliação externa do PMAQ-AB, ao longo dos seus três ciclos, entre os anos de 2012 e 2018, produziu um número vasto de indicadores que permite avaliar a estrutura, os processos e os resultados das equipes participantes do programa, dentre

eles, a assistência ao puerpério. O modelo de financiamento da APS que substituiu o PMAQ-AB no ano de 2019, o Previnir Brasil, não incluiu, dentre seus indicadores de monitoramento, a consulta de pós-parto, apesar do acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal só se encerrar com esta consulta, inviabilizando o monitoramento da utilização deste serviço que demonstrou baixas coberturas em nível nacional ^{1,10,51}.

Para haver uma mudança nesses indicadores é necessário repensar políticas e condutas, tanto no aspecto da gestão quanto na assistência. O assunto é complexo e requer, dentre outras iniciativas, incluindo as intersetoriais, que os gestores, de posse desses indicadores, busquem identificar as particularidades de cada região, as fragilidades e potencialidades, para que sejam traçadas estratégias para atender às necessidades em saúde ⁵². Além disso é importante que haja incremento da vigilância em saúde de sua população, investindo na expansão e na manutenção da ESF, tanto na sua composição quanto na valorização de equipes, incluindo as enfermeiras e os agentes comunitários de saúde de modo a promover o retorno dessa puérpera ao serviço de saúde em tempo oportuno, inclusive por meio da visita domiciliar, incrementando a cobertura das consultas ^{43,46,53}.

Quando falamos em saúde materno-infantil, nos referimos ao binômio mãe-bebê, portanto isso nos leva a pensar em ações conjuntas de promoção à saúde e prevenção de riscos para ambos, tais como preconiza a primeira semana de saúde integral da Rede Cegonha ^{1,10}. Apesar da literatura apresentar uma baixa cobertura de consulta de puerpério ^{11,15-18}, quando associada à consulta de primeira semana do recém-nascido é possível verificarmos uma maior prevalência de revisão pós-parto ⁵⁴, reforçando assim, a eficácia da estratégia para alcançar uma maior cobertura assistencial materno-infantil na APS. Esses achados corroboram para reforçarmos a

organização dos serviços por meio de estratégias que promovam a realização de ambas as consultas, puerpério e puericultura, do contrário, é uma oportunidade perdida, uma vez que a maioria das crianças são levadas pela mãe e isso deve ser dialogado entre as equipes e as gestantes ainda no pré-natal.

Destacamos a relevância do nosso estudo em avaliar a tendência da assistência ao puerpério na atenção primária, diante da escassa publicação acerca do tema. Ainda que os dados utilizados para a averiguação da prevalência da assistência no puerpério tenham sido obtidos por meio da avaliação externa dos três ciclos do PMAQ-AB, realizada entre os anos de 2012 e 2018, ele nos permitiu a obtenção de um recorte da situação de como essas mulheres são assistidas diante de um período que impacta diretamente na sua saúde e na do seu bebê a curto, médio e longo prazo. Além disso, o período em que ocorreram as avaliações externas do PMAQ-AB, foi marcado por intensas alterações políticas e econômicas cujo impacto na assistência à saúde das mulheres pôde ser observado. Nosso estudo oferece evidências que podem subsidiar o trabalho, tanto de gestores, quanto na prática de profissionais envolvidos na atenção à saúde no ciclo gravídico-puerperal, de forma a orientar o planejamento de ações e contribuir para a adoção de práticas e indicadores que permitam a gestão dos cuidados com resolutividade.

Conclusões

A tendência de queda na cobertura de consulta de puerpério observada na APS entre os anos de 2012 e 2018 indica que a cada dez mulheres que dão à luz, cinco não recebem a atenção devida após o parto na APS por meio da consulta de

puerpério. Diante desses achados não é possível pensarmos isoladamente nas condições individuais associadas a utilização do serviço. Isso porque as questões sociais e ou coletivas, que incidem sobre essa população, colaboram para desfechos negativos. Assim, buscamos associar os determinantes sociais em saúde como fatores condicionantes resultantes das desigualdades sociais que levam a puérpera a não receber a assistência devida e oportuna, contribuindo para as disparidades em saúde, aumento do risco de acometimento por doenças e até mesmo a morte. Dessa forma, destacamos o potencial de combate às iniquidades em saúde do PMAQ-AB enquanto modelo de financiamento em saúde.

Desse modo, é urgente a revisão das estratégias vigentes para garantir a consulta de puerpério, resultando em maiores prevalências da utilização do serviço e, conseqüentemente, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
2. Kumarasinghe M, Herath MP, Hills AP, Ahuja KDK. Postpartum versus postnatal period: Do the name and duration matter? 2024 Apr 26; 19(4): e0300118. doi: 10.1371/journal.pone.0300118.
3. Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciencia e Saude Coletiva*. 2018 Jun 1;23(6):1915–28. doi: 10.1590/1413-81232018236.03942018. PMID: 29972499.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna

- / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 104 p
5. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). ODS-Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável AGENDA 2030. 2018.
 6. Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Pacagnella RDC, Takemoto MLS, Penso FCC, Rezende-Filho J De, et al. COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020 Aug;42(8):445-447. doi: 10.1055/s-0040-1715138. Epub 2020 Sep 8. PMID: 32898910; PMCID: PMC10309250.
 7. Orellana J, Jacques N, Leventhal DGP, Marrero L, Morón-Duarte LS. Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. *PLoS One.* 2022 Oct 20;17(10):e0275333. doi: 10.1371/journal.pone.0275333. PMID: 36264994; PMCID: PMC9584504.
 8. Góes EF, Ferreira AJF, Ramos D. Anti-Black racism and maternal death from COVID-19: what have we seen in the Pandemic? *Cien Saude Colet.* 2023 Sep;28(9):2501-2510. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232023289.08412022. Epub 2022 Oct 22. PMID: 37672441.
 9. Roy N, Adhikary P, Kabra R, Kiarie J, Mburu G, Dhabhai N, et al. Postpartum contraceptive practices among urban and peri-urban women in North India: a mixed-methods cohort study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Dec 10;21(1):820. doi: 10.1186/s12884-021-04294-3. PMID: 34893054; PMCID: PMC8662907.
 10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
 11. Monteiro M de FV, Barbosa CP, Vertamatti MAF, Tavares MNA, de Oliveira Carvalho AC, Alencar APA. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. *BMC Health Serv Res* 19, 851 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4566-3>

12. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica. São Leopoldo: Oikos, 2021. 224 p. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/site/wp-content/uploads/2021/11/Acesso-e-qualidade-na-atenc%CC%A7a%CC%83o-ba%CC%81sica-E-book.pdf>
13. Bittencourt SD de A, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA, et al. Nascer no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020;54:100. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002021>
14. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras [Internet]. [cited 2024 Mar 6]. Disponível em: http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/lvs/publicacao_atlas_ivs_rm.pdf
15. Li Y, Kurinczuk JJ, Gale C, Siassakos D, Carson C. Evidence of disparities in the provision of the maternal postpartum 6-week check in primary care in England, 2015–2018: an observational study using the Clinical Practice Research Datalink (CPRD). *J Epidemiol Community Health*. 2022 Mar;76(3):239-246. doi: 10.1136/jech-2021-216640. Epub 2021 Sep 9. PMID: 34503988; PMCID: PMC8862061.
16. Asratie MH, Muche AA, Geremew AB. Completion of maternity continuum of care among women in the post-partum period: Magnitude and associated factors in the northwest, Ethiopia. *PLoS One*. 2020 Aug 27;15(8):e0237980. doi: 10.1371/journal.pone.0237980. PMID: 32853268; PMCID: PMC7451525.
17. Khaki JJ, Sithole L. Factors associated with the utilization of postnatal care services among malawian women. *Malawi Med J*. 2019 Mar;31(1):2-11. doi: 10.4314/mmj.v31i1.2. PMID: 31143390; PMCID: PMC6526341.
18. Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, de Brito Pitilin É. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB [Longitudinal care: factors associated with adherence to postpartum follow-up according to data from PMAQ-AB]. *Cad Saude Publica*. 2022 Mar 16;38(3):e00103221. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00103221. PMID: 35293537.
19. Danilack VA, Brousseau EC, Paulo BA, Matteson KA, Clark MA. Characteristics of women without a postpartum checkup among PRAMS participants, 2009–

2011. *Matern Child Health J.* 2019 Jul;23(7):903-909. doi: 10.1007/s10995-018-02716-x. PMID: 30631991; PMCID: PMC6555651.
20. Tessema ZT, Yazachew L, Tesema GA, Teshale AB. Determinants of postnatal care utilization in sub-Saharan Africa: a meta and multilevel analysis of data from 36 sub-Saharan countries. *Ital J Pediatr.* 2020 Nov 27;46(1):175. doi: 10.1186/s13052-020-00944-y. PMID: 33246475; PMCID: PMC7693498.
 21. Alemayehu, M., Gebrehiwot, TG, Medhanyie, AA et al. Utilisation and associated factors of antenatal, delivery and postnatal care services in Tigray region, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 20 , 334 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03031-6>
 22. Aldrighi JD, Wall ML, Souza SRRK, Cancela FZV. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: An integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2016 May-Jun;50(3):512-21. English, Portuguese. doi: 10.1590/S0080-623420160000400019. PMID: 27556724.
 23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas. Racismo Como Determinante Social de Saúde [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: https://siac.fpabramo.org.br/uploads/acaoinstitucional/Racismo_como_determinante_social_de_saude_2011.pdf
 24. Pacheco VC, Silva JC, Mariussi AP, Lima MR, Silva TR e. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. *Saúde debate* [Internet]. 2018Jan;42(116):125–37. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811610>.
 25. Rodrigues ARM, Cavalcante AES, Viana AB. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. *Revista Tendências da Enfermagem Profissional* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 26];11(1). Disponível em: <https://www.corence.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf>
 26. Andrade MS, Bonifácio LP, Sanchez JAC, Oliveira-Ciabati L, Zaratini FS, Franzon ACA, et al. Fatores associados à morbidade materna grave em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: estudo de corte transversal. *Cad Saude Publica.* 2022 Jan 12;38(1):e00021821. doi: 10.1590/0102-311X00021821. PMID: 35043880.

27. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS Nº 5.349, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.
29. Dibari JN, Yu SM, Chao SM, Lu MC. Use of postpartum care: Predictors and barriers. *J Pregnancy*. 2014; 2014:530769. doi: 10.1155/2014/530769. Epub 2014 Feb 20. PMID: 24693433; PMCID: PMC3945081.
30. Khanal V, Adhikari M, Karkee R, Gavidia T. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: Analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011. *BMC Womens Health*. 2014 Jan 31;14:19. doi: 10.1186/1472-6874-14-19. PMID: 24484933; PMCID: PMC3911793.
31. Tarekegn SM, Lieberman LS, Giedraitis V. Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: Analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 161 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-161>.
32. Sagawa J, Kabagenyi A, Turyasingura G, Mwale SE. Determinants of postnatal care service utilization among mothers of Mangochi district, Malawi: a community-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 591 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04061-4>.
33. Souza LB, Arcêncio RA, Cândido FCA, Campoy LT, Cartagena-Ramos DA, Fiorati RC. Social inequities in Primary Healthcare and intersectoral action: a descriptive study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20190196. Portuguese, English. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0196. Epub 2020 Aug 10. PMID: 32785502.
34. Barcelos MRB, de Cássia Duarte Lima R, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev Saude Publica*. 2017 Jul 20;51:67. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006802. PMID: 28746576; PMCID: PMC5510783.

35. Zhang X, Matheï C, Vermandere M, Zuo X, Wang Q, Leng H, et al. Inhibitors and facilitators to the utilization of postpartum care in China: an integrative review. *Arch Public Health*. 2022 Dec 6;80(1):247. doi: 10.1186/s13690-022-01000-3. PMID: 36474282; PMCID: PMC9724330.
36. Facchini LA, Nunes BP, Motta JV dos S, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, et al. Insegurança alimentar no nordeste e sul do Brasil: Magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014Jan;30(1):161–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036013>.
37. Ministério do Desenvolvimento Social (BR). Bolsa Família [Internet]. [cited 2024 Jan 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>
38. Lisboa CS, Santana J da M, Servo MLS, Silva AVR, Santos DB dos. Socioeconomic and nutritional aspects of pregnant women assisted by Programa Bolsa Família: cohort NISAMI. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2022Jan;27(1):315–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.37782020>
39. Pinheiro KIB, Conceição SIO. Fatores sociodemográficos maternos associados ao aleitamento materno exclusivo. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2020 Jan./Abr: 11(1) Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.811>
40. Aderoba AK, Adu-Bonsaffoh K. Antenatal and Postnatal Care. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2022 Dec;49(4):665-692. doi: 10.1016/j.ogc.2022.07.005. PMID: 36328674.
41. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303318.
42. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, de Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. The family health strategy coverage in brazil: What reveal the 2013 and 2019 national health surveys. *Cien Saude Colet*. 2021 Jun 14;26(suppl 1):2543-2556. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020. PMID: 34133633.

43. Freire DEWG, Freire AR, de Lucena EHG, Cavalcanti YW. PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021 Dec 1;55:85. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003005. PMID: 34878087; PMCID: PMC8659632.
44. Kovacs R, Maia Barreto JO, da Silva EN, Borghi J, Kristensen SR, Costa DRT, et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *The Lancet*, [s.l.], v. 9, p. e-331-e339, mar. 2021. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30480-0
45. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf [Internet]. 2015. Disponível em: www.saude.gov.br/bvswww.saude.gov.br/bvs
46. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):208–23. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
47. Ortega F, Pelec A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. *Lancet Reg Health Am*. 2023 Nov 10;28:100631. doi: 10.1016/j.lana.2023.100631. PMID: 38033357; PMCID: PMC10682286.
48. Wen T, Krenitsky NM, Clapp MA, D'Alton ME, Wright JD, Attenello F, et al. Fragmentation of postpartum readmissions in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Aug;223(2):252.e1-252.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.022. Epub 2020 Jan 18. PMID: 31962107; PMCID: PMC7367706.
49. Petersen AGP, Kolankiewicz ACB, Casagrande D, Pluta P, Winter VDB, De Carvalho FF, et al. Weaknesses in the Continuity of Care of Puerperal Women: An Integrative Literature Review. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023 Jul;45(7):e415-e421. doi: 10.1055/s-0043-1772185. Epub 2023 Aug 18. PMID: 37595599; PMCID: PMC10438967.
50. Lucena DB de A, Guedes ATA, Cruz TMA de V, Santos NCC de B, Collet N, Reichert AP da S First week of integral health for the newborn: nursing actions of the Family Health Strategy. *Rev Gaucha Enferm*. 2018 Aug 2;39:e20170068.

Portuguese, English. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0068. PMID: 30088596.

51. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 102, de 20 e janeiro de 2022 [Internet]. 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102_21_01_2022.html
52. Ministério da Saúde (BR). Manual de planejamento no SUS [Internet]. 1. ed., rev. Vol. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2016. Available from: www.saude.gov.br/dai
53. Gonçalves C de S, Cesar JA, Marmitt LP, Gonçalves CV. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2019Jan;19(1):63–70. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100004>.
54. Flores-Quispe MDP, Duro SMS, Facchini LA, Barros NBR, Tomasi E. Trends in the quality of child health care in the first week of life in primary care services in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2024 Jan;29(1):e09192022. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232024291.09192022. Epub 2023 Mar 23. PMID: 38198324.

Artigo 2

Qualidade da atenção ao puerpério no âmbito da atenção primária no Brasil

Será submetido à Cadernos de Saúde Pública

Qualidade da atenção ao puerpério no âmbito da atenção primária no Brasil
Quality of puerperium care in primary care in Brazil

Cristiane de Souza Gonçalves (<https://orcid.org/0000-0002-9668-5459>)¹

Aline Augusta Medeiros Rutz (<https://orcid.org/0000-0002-3856-9062>)¹

Suele Manjourany Silva Duro (<https://orcid.org/0000-0001-5730-0811>)¹

1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

RESUMO

O objetivo foi avaliar a qualidade da assistência no puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS). Estudo transversal com dados obtidos por meio da entrevista com usuárias que tinham filhos de até dois anos de idade que realizaram a consulta de puerpério na mesma UBS onde foram entrevistadas durante a avaliação externa do Ciclo III do PMAQ-AB. A qualidade foi avaliada por meio de um indicador sintético elaborado com questões do módulo de usuários. As exposições foram características das usuárias e do município. Estimou-se a prevalência de qualidade da atenção no puerpério. A associação foi medida por meio da análise bivariada por meio do teste de qui-quadrado para tendência linear e heterogeneidade e, posteriormente, realizadas a análise bruta e ajustada multinível por Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Das 5.745 (56,5%) mulheres que realizaram a consulta de puerpério na unidade entrevistada, apenas 19,5% receberam uma consulta considerada de qualidade. Aspectos relacionados à amamentação e ao planejamento familiar foram os pontos mais prevalentes na consulta de puerpério, entretanto, a realização do exame de mamas e o exame ginecológico foram relatados em menos da metade da amostra. Mulheres residentes na região Nordeste, nos municípios com 100% de cobertura de ESF, com idade igual ou superior a 40 anos, extremos de renda familiar e que receberam a visita do ACS durante a primeira semana após o parto tiveram maior probabilidade de ter uma consulta de puerpério de qualidade. Observou-se uma assistência ao puerpério de baixa qualidade na APS.

Palavras-chave: Período Pós-Parto, Qualidade da Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Saúde da Mulher, Estudos Transversais

ABSTRACT

The objective was to evaluate the quality of postpartum care in Primary Health Care (PHC). This was a cross-sectional study using data obtained through interviews with women who had children up to two years of age and who had attended the postpartum consultation at the same health unit where they were interviewed during the external evaluation of Cycle III of the PMAQ-AB. The quality was assessed through a synthetic indicator developed from questions in the user module. The exposures were characteristics of the women and the municipality. The prevalence of quality postpartum care was estimated. The association was measured through bivariate analysis using the chi-square test for linear trend and heterogeneity, and subsequently, a crude and adjusted multilevel analysis was conducted using Poisson Regression with robust variance adjustment. Among the 5,745 (56.5%) women who attended the postpartum consultation at the interviewed health unit, only 19.5% received a consultation considered of high quality. Aspects related to breastfeeding and family planning were the most prevalent topics in the postpartum consultation; however, breast exams and gynecological exams were reported in less than half of the sample. Women residing in the Northeast region, in municipalities with 100% Family Health Strategy coverage, aged 40 years or older, with extreme levels of family income, and who received a visit from a community health agent during the first week after childbirth were more likely to have a high-quality postpartum consultation. A low quality of postpartum care in PHC was observed.

Keywords: Postpartum Period, Quality of Health Care, Primary Health Care, Health Services Research, Women's Health, Cross-Sectional Studies

Introdução

Os dias e semanas posteriores ao parto são de intensas modificações físicas, sociais e emocionais na mulher, configurando um período crítico que requer assistência em saúde oportuna e de qualidade ^{1,2}.

Durante a assistência, destacam-se o exame físico, ginecológico e das mamas, além de averiguações sobre o estado mental e social da puérpera e de orientações sobre a amamentação e o planejamento familiar. No âmbito da atenção primária em saúde (APS), esses cuidados devem iniciar ainda na primeira semana após o parto e finalizados com a consulta de puerpério em até 42 dias após o parto. Tais ações têm o objetivo de identificar e mitigar fatores de risco à evolução saudável nesse período, reduzindo as taxas de morbimortalidade materna por meio de uma assistência oportuna e de qualidade à saúde da mulher ^{1,3,4}.

Apesar da importância reconhecida da assistência em saúde no período pós-parto para a sobrevivência e o bem-estar materno-infantil, a consulta de puerpério, além de possuir baixas taxas de cobertura ⁵ tem sido pouco estudada no que diz respeito à avaliação da qualidade dos serviços. Quando encontrados, demonstram a baixa qualidade desse tipo de cuidado oferecido à população ⁶. A qualidade dos cuidados em saúde é multifacetada e, sua mensuração, complexa. Medir os processos é um componente importante para melhorar a qualidade dos cuidados, no entanto, conhecer as métricas apropriadas para medi-los é um desafio ^{7,8}.

Silva et al (2024) observaram que os enfermeiros realizam as ações recomendadas pelo Ministério da Saúde, porém, com atenção especial ao pré-natal e menos frequente à atenção ao puerpério, seja pela baixa adesão ou pela falta de estratégias para a sua realização ⁹. Além disso, procedimentos que deveriam ser realizados durante a assistência no período pós-parto, são pouco realizados por um profissional durante a consulta de pós-parto conforme aponta a literatura acerca do tema ^{8,10-12}.

De acordo com o modelo de cuidados de saúde de Donabedian, a qualidade dos cuidados de saúde é composta por três componentes: estrutura, processo e resultado ^{13,14}. Dessa forma, um serviço de saúde considerado de qualidade significa uma melhor preparação do sistema para prover cuidados oportunos àqueles que deles precisam, uma vez que cuidados inadequados e ou de má qualidade são comuns e as populações mais vulneráveis são as que mais sofrem com seus impactos negativos

^{15,16}. Portanto, a qualidade dos resultados representa o impacto gerado pelos cuidados em saúde que geralmente é medido em termos de melhoria do estado de saúde, redução da morbimortalidade e pela satisfação do usuário com o cuidado recebido ¹⁶.

Diante do exposto, este estudo buscou avaliar a qualidade da assistência na APS no período pós-parto por meio de entrevistas com as usuárias que realizaram a consulta de puerpério na UBS adscrita participante do PMAQ-AB durante o Ciclo III conforme características usuária e do município.

Métodos

Estudo transversal com dados do Ciclo III do PMAQ-AB transcorridos no ano de 2018. Para a realização deste estudo foram utilizados os dados da avaliação externa conduzida por Instituições de Ensino Superior (IES) sob a liderança do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). O trabalho de campo em todo o país ocorreu entre os meses de julho de 2017 a agosto de 2018.

A amostra do estudo foi constituída por mulheres com filhos de até dois anos que realizaram a consulta de puerpério na UBS em que foram entrevistadas. Para tanto, foi considerado que, na ocasião da entrevista, a usuária além de ter respondido “SIM” à questão “A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)?”, tenha respondido que a consulta se deu na mesma UBS onde estava sendo entrevistada (“Nesta unidade de saúde”) por meio da pergunta: “A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?”.

A variável desfecho qualidade da atenção no puerpério foi definida a partir do somatório de afirmativas para sete itens da avaliação da puérpera na consulta de pós-parto (Figura 1). Ter respondido sim para a realização de seis ou sete procedimentos na ocasião da consulta, configurou-se como atenção de qualidade adequada.

Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?
Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)?
Foi realizado exame ginecológico na senhora?
Foram examinadas as mamas da senhora?
Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?
Foi perguntado se a criança estava usando chupeta?
Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?

Figura 1 – Variáveis indicativas da qualidade da atenção ao puerpério – procedimentos realizados durante a consulta de puerpério - Ciclo III PMAQ-AB, 2018.

Fonte: autores, 2024.

Como variáveis de exposição foram consideradas: (a) Características da usuária [idade em anos (nas seguintes faixas etárias: 18 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 anos ou mais); raça/cor autorreferida (branca; negra; parda/mestiça; indígena; amarela) renda em salários mínimos para o ano de 2017 no valor de R\$937,00 (menos de um salário mínimo; de 1 a 3 salários mínimos; 4 ou mais salários mínimos); participação no Programa Bolsa Família; realização de pré-natal; número de consultas de pré-natal (menos de 6 consultas; 6 ou mais consultas); realização do pré-natal na mesma UBS em que foi entrevistada e visita do ACS durante a primeira semana de pós-parto] e (b) Características do município [região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); porte populacional estimado para 2014 - até 10.000; 10.001-30.000; 30.001-100.000; 100.001-300.000; mais de 300.000 hab. - ; cobertura populacional da ESF no ano de 2014 - até 50%; 50,1 a 75,0%; 75,1 a 99,9%; 100% - e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)]. O índice varia de zero a um, onde valores mais próximos a zero indicam menor vulnerabilidade social enquanto que os mais próximos a um, indica maior vulnerabilidade do município (Figura 2) ¹⁷

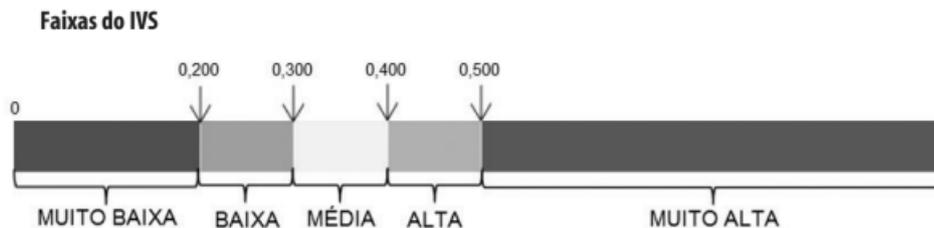


Figura 2: Faixas do IVS

Figura 2 – Índice de Vulnerabilidade Social. Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2015).

A análise dos dados foi realizada no programa STATA, versão 15.0 (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LP). Estimou-se a prevalência de qualidade da atenção no puerpério para todas as variáveis do estudo, com seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%). Para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho realizou-se análise bivariada por meio do teste de qui-quadrado para tendência linear e heterogeneidade e análise bruta e ajustada por Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Todas as variáveis que na análise bruta apresentaram valor $p \leq 0,20$ foram inseridas no modelo de análise multivariável por regressão de Poisson. Para todas as análises considerou-se um nível de 5% de significância ($p < 0,05$).

O modelo hierárquico de três níveis foi composto da seguinte forma: 1) região, IVS, porte do município e cobertura de ESF do município; 2) idade da mãe, raça/cor, renda familiar e participa do programa Bolsa Família; e 3) número de consultas de pré-natal, realizou o pré-natal na UBS em que foi entrevistada e recebeu visita do ACS na primeira semana após o parto.

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer nº 2.453.320, em dezembro de 2017. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram devidamente informados sobre o tema da pesquisa, a garantia do sigilo e da confidencialidade das informações prestadas e sobre o direito de recusar a participar a qualquer momento do estudo.

Resultados

Ao longo da avaliação externa do Ciclo 3 do PMAQ-AB, em todo o território nacional, foram entrevistadas 21.109 mulheres com filhos de até dois anos de idade, destas, 10.165 (53%) realizaram a consulta de puerpério e, destas, 5.745 (56,5%) a realizaram na mesma UBS em que foram entrevistadas, compondo, portanto, a amostra utilizada neste estudo.

Quanto às características da amostra estudada, foram observados um maior número de participantes na Região Sudeste (40,3%), que residiam em municípios com IVS baixo (38,1%), com porte populacional com mais de 300mil habitantes (27,9%) e em municípios com cobertura de 100% de ESF (36,6%). Mais da metade da amostra apresentava idade ente 20 e 29 anos (53,7%), com a cor da pele autorreferida como parda/mestiça (55,8%), com renda familiar entre um e três salários mínimos (63,6%) e eram participantes do Programa Bolsa Família (54,2%). Usuárias com mais de seis consultas de pré-natal (91,4%), que realizaram o pré-natal na mesma UBS onde foram entrevistadas (92,5%) foram mais prevalentes. A visita do ACS durante a primeira semana após o parto foi observada em 61,0% da amostra estudada (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das usuárias com filhos menos de dois anos que realizaram a consulta de puerpério na mesma UBS onde foram entrevistadas segundo região, IVS, porte do município, cobertura de ESF, características sociodemográficas e de utilização do serviço. Ciclo III – PMAQ-AB, Brasil, 2018 (n=5.746).

Variável	Descrição da amostra		Prevalência de Consulta de Puerpério de Qualidade		
	n	%	n	%	p valor
Brasil	5.746		1.061	19,53	
Região	5.746	---			<0,001
Região Sudeste	2.316	40,31	408	18,56	
Região Norte	588	10,23	78	14,1	
Região Nordeste	1.572	27,36	374	24,97	
Região Centro-Oeste	525	9,14	68	13,77	
Região Sul	745	12,97	133	19,25	
IVS	5.759	---			0,146
Muito Baixo	565	9,81	101	18,77	
Baixo	2.195	38,11	378	18,32	
Médio	1.412	24,52	282	21,08	
Alto	941	16,34	190	21,37	
Muito Alto	646	11,22	112	18,15	
Porte do Município	5.759	---			0,024
Até 10.000	680	11,81	127	19,78	
10.001 a 30.000	1.241	21,55	261	22,14	
30.001 a 100.000	1.341	23,29	226	17,84	
100.001 a 300.000	888	15,42	143	17,02	
Mais de 300.000	1.609	27,94	306	20,17	
Cobertura de ESF	5.759	---			<0,001
Até 50%	1.107	19,22	193	18,54	
50,1 a 75%	1.289	22,38	213	17,37	
75,1 a 99,9%	1.254	21,77	202	17,05	
100%	2.109	36,62	455	22,83	
Idade (anos)	5.759	---			0,001
18 a 19 anos	511	8,87	82	16,77	
20 a 29 anos	3.095	53,74	545	18,54	
30 a 39 anos	1.921	33,36	374	20,77	
40 anos ou mais	232	4,03	62	28,70	
Raça/cor	5727	---			0,793
Branca	1.452	25,35	267	19,79	
Preta	842	14,7	162	19,83	
Parda/Mestiça	3.193	55,75	587	19,43	
Indígena	44	0,77	5	11,90	
Amarela	196	3,42	37	19,79	
Renda (em salários mínimos – SM)	5.759	---			<0,001
Menos de 1 SM	1.679	29,15	367	22,85	
De 1 a 3 SM	3.661	63,57	602	17,47	
4 ou mais SM	419	7,28	94	23,92	
Participa do Bolsa Família?	5.351	---			0,008
Não	2.451	45,8	418	18,26	
Sim	2.900	54,2	588	21,24	

Tabela 1 – Distribuição das usuárias com filhos menos de dois anos que realizaram a consulta de puerpério na mesma UBS onde foram entrevistadas segundo região, IVS, porte do município, cobertura de ESF, características sociodemográficas e de utilização do serviço. Ciclo III – PMAQ-AB, Brasil, 2018 (n=5.746). Continuação

Variável	Descrição da amostra		Prevalência de Consulta de Puerpério de Qualidade		
	n	%	n	%	p valor
Número de consultas de pré-natal	5.303	---			0,179
Menos de 6 consultas	454	8,56	72	17,18	
6 consultas ou mais	4.849	91,44	918	19,91	
Realizou o pré-natal na UBS em que foi entrevistada?	5.705	---			0,016
Não	431	7,55	61	15,02	
Sim	5.274	92,45	997	19,97	
Recebeu visita do ACS na primeira semana após o parto?	5.641	---			<0,001
Não	2.218	39,32	168	8,03	
Sim	3.423	60,68	882	26,97	

Fonte: autores, 2024

Quando questionadas sobre quais os procedimentos foram realizados na consulta de pós-parto, mais de 90% das usuárias [92,9% (IC95% 92,2-93,5)] mencionaram que foi falado sobre a importância da amamentação enquanto o exame ginecológico [40,3% (IC95% 39,0-41,6)] foi o procedimento menos referido (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência das orientações e procedimentos recebidos na consulta de puerpério na APS. PMAQ, 2018, Brasil.

Variável	2018	IC95%	
Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?	92,9	92,2	93,5
Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar (métodos contraceptivos)?	82,4	81,4	83,4
Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?	75,3	74,2	76,4
Foi perguntado se a criança estava usando chupeta?	70,6	69,4	71,7
Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?	65,1	63,8	66,3
Foram examinadas as mamas da senhora?	46,4	45,1	47,7
Foi realizado exame ginecológico a senhora?	40,3	39,0	41,6

Fonte: autores, 2024

No entanto, a avaliação dos indicadores de qualidade da consulta puerperal demonstrou que, no Brasil, menos de um quinto das usuárias entrevistadas (19,5%) receberam uma consulta considerada de qualidade. Prevalências significativamente maiores de consulta de puerpério de qualidade, foram observadas entre as mulheres residentes em municípios da Região Nordeste (25,0%), com porte populacional entre 10mil e 30mil habitantes (22,1%) e com 100% de cobertura de ESF (22,8%).

Quanto às características individuais das entrevistadas (Tabela 1), a prevalência de consulta de puerpério considerada de qualidade foi significativamente maior entre as mulheres com idade igual ou maior de 40 anos (28,7%), com renda familiar superior a quatro salários mínimos (23,9%) e entre as participantes do Programa Bolsa Família (21,2%). A consulta de puerpério de qualidade foi maior entre as que realizaram o acompanhamento de pré-natal na mesma unidade onde foram entrevistadas (20,0%) e entre aquelas que receberam a visita do ACS em sua residência na primeira semana após o parto (27,0%). As variáveis IVS, raça/cor e número de consultas de pré-natal não estiveram associados ao desfecho.

Na análise ajustada (Tabela 3), as variáveis região, cobertura de ESF, idade, renda e visita do ACS, mantiveram associação estatisticamente significativa com o desfecho.

Foi observada maior probabilidade de consulta de puerpério de qualidade na região Nordeste (RP 1,44; IC95% 1,23-1,70) quando comparada à região Sudeste e em municípios com 100% de cobertura de ESF (RP 1,36; IC95% 1,09-1,71) comparados àqueles com até 50% de cobertura.

Observou-se uma tendência linear na variável idade, ou seja, quanto maior a idade da usuária, maior a probabilidade de ter recebido uma consulta de qualidade. Porém, ao estratificar os grupos, a qualidade na consulta de puerpério permaneceu apenas entre as mulheres com mais de 40 anos de idade (RP 1,59; IC95% 1,18-2,14). Entretanto, mulheres nas faixas de renda mais baixa (RP 1,18; IC% 1,03-1,35) e mais alta (RP 1,41; IC% 1,16-1,72) tiveram maior probabilidade de ter uma consulta de qualidade comparadas àqueles com renda de 1 a 3 salários mínimos.

Mulheres que referiram ter recebido a visita do ACS na primeira semana após o parto tiveram uma probabilidade três vezes maior de ter uma consulta de puerpério de qualidade quando comparadas às que não foram visitadas neste período (RP 3,15; IC95% 2,68-3,70).

Tabela 3 – Análise Bruta e Ajustada da qualidade da consulta de puerpério segundo região, IVS, porte do município, cobertura de ESF, características sociodemográficas e de utilização do serviço. Ciclo III – PMAQ-AB, Brasil, 2018 (n=5.746).

Nível	Variável	Razões de Prevalência (IC 95%)	
		Bruta	Ajustada
1	Região	<0,001*	<0,001
	Região Sudeste	1	1
	Região Norte	0,75	0,89
	Região Nordeste	1,34	1,44
	Região Centro-Oeste	0,74	0,77
	Região Sul	1,04	1,05
	IVS	0,145	0,005*
	Muito Baixo	1,03	1,53
	Baixo	1,01	1,37
	Médio	1,16	1,44
	Alto	1,18	1,16
	Muito Alto	1	1
	Porte do Município	0,025	0,103*
	Até 10.000	1	1
	10.001 a 30.000	1,11	1,12
	30.001 a 100.000	0,9	1,04
	100.001 a 300.000	0,86	1,04
	Mais de 300.000	1,02	1,30
	Cobertura de ESF	<0,001*	0,015*
Até 50%	1	1	
50,1 a 75%	0,94	0,97	
75,1 a 99,9%	0,92	0,97	
100%	1,23	1,36	
2	Idade (anos)	<0,001*	0,001*
	18 a 19 anos	1	1
	20 a 29 anos	1,11	1,06
	30 a 39 anos	1,24	1,20
	40 anos ou mais	1,71	1,59
	Raça/cor	0,823	0,776
	Branca	1	1
	Preta	1,00	1,02
	Parda/Mestiça	0,98	1,00
	Indígena	0,60	0,65
	Amarela	0,99	1,10
	Renda familiar (em salários mínimos - SM)	0,038	<0,001
	Menos de 1 SM	1,31	1,18
	De 1 a 3 SM	1	1
	4 ou mais SM	1,37	1,41
	Participa do Bolsa Família?	0,008	0,088
	Não	1	1
Sim	1,16	1,12	

Tabela 3 – Análise Bruta e Ajustada da qualidade da consulta de puerpério segundo região, IVS, porte do município, cobertura de ESF, características sociodemográficas e de utilização do serviço. Ciclo III – PMAQ-AB, Brasil, 2018 (n=5.746). Continuação

Variável	Razões de Prevalência (IC 95%)				
	Bruta		Ajustada		
3	Número de consultas de pré-natal	0,185		0,207	
	Menos de 6 consultas	1	-	1	1
	6 consultas ou mais	1,16		1,15	0,92; 1,44
	Realizou o pré-natal na UBS em que foi entrevistada?	0,019		0,077	
	Não	1	-	1	1
	Sim	0,75	0,59; 0,95	1,25	0,98; 1,59
	Recebeu visita do ACS na primeira semana após o parto?	<0,001		<0,001	
	Não	1	-	1	1
	Sim	3,36	2,87; 3,92	3,15	2,68; 3,70

Fonte: autores, 2024

Discussão

No âmbito do PMAQ-AB, em seu terceiro ciclo de avaliação externa, realizado no ano de 2018, duas a cada dez entrevistadas receberam assistência considerada de qualidade no puerpério realizado na APS. Aspectos relacionados à amamentação e ao planejamento familiar foram os pontos mais prevalentes na consulta de puerpério. Entretanto, o questionamento sobre sentimentos ou problemas de desânimo, tristeza, depressão, assim como a realização do exame de mamas e do exame ginecológico apresentaram baixas prevalências. A probabilidade de uma consulta de puerpério de qualidade foi significativamente maior entre as mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, com renda familiar nas faixas mais baixa e mais alta, nas que relataram ter recebido visita do ACS durante a primeira semana após o parto, residentes na região Nordeste e nos municípios com 100% de cobertura de ESF.

A baixa prevalência de assistência considerada de qualidade no puerpério observada neste estudo está aquém do que a escassa literatura sobre o tema apresenta¹⁸. Ainda que a escassez de publicações sobre a qualidade da assistência ao puerpério seja evidente, limitando-se ao estudo da utilização do serviço como

parâmetro de qualidade e/ou adequação ¹⁹⁻²², não é possível medir o conteúdo e a qualidade dos cuidados. Além das diferenças contextuais, incluindo os sistemas de saúde e modos de acesso aos serviços, os indicadores de qualidade apresentados não são padronizados, o que impede sua comparabilidade ²³.

A avaliação da qualidade vai além da utilização e a cobertura da oferta. Inclui a vigilância da oferta de cuidados, evidenciada pela quantidade e qualidade de recursos demandados e/ou adotados além do impacto gerado sobre a saúde das populações ^{23,24}. A vigilância constante permite que desvios nos padrões estabelecidos possam ser detectados e corrigidos ¹⁴. Destaca-se a necessidade de que os estudos incluam medidas de qualidade voltadas à forma como as intervenções são prestadas, abrangendo resultados centrados nas pessoas, contribuindo para reduzir efetivamente o risco de morbimortalidade materna por meio da identificação e tratamento precoces de condições adversas no pós-parto ^{8,23,25}.

É impreterível aprendermos com outras experiências sobre o estabelecimento dos critérios de avaliação, elegendo indicadores de processo e resultado da atenção ao puerpério que contemplem ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, assegurados pela Rede Cegonha, para garantir que a qualidade e a integração dos cuidados puerperais recebam a devida atenção política e investimentos necessários ^{3,23}. Um exemplo foram os critérios adotados para a avaliação do pré-natal que, durante um longo período limitaram-se à cobertura, porém foi percebida a fragilidade desse indicador, que não era capaz de mensurar a qualidade das ações e a satisfação das usuárias com o serviço ^{23,25}. No Brasil, dentre os critérios utilizados para medir a qualidade da assistência pré-natal estão os indicadores recomendados pelo PHPN e, posteriormente, reforçado pela Rede Cegonha para um cuidado adequado ^{3,4,26,27}. Destacando que, atualmente, dentre os sete indicadores monitorados e avaliados no trabalho das ESF e das equipes da APS previstos pelo Previner Brasil, não está a consulta de puerpério. Desse modo não é possível medir o acompanhamento do desempenho desta ação no SUS ^{8,28}.

A atenção em saúde no puerpério consiste em um momento oportuno e necessário para prestar assistência ao binômio, tornando indissociável o cuidado à mãe e ao bebê ao abordamos, de forma simultânea, o aleitamento materno e o planejamento familiar ²⁹. A lactação é um estado fisiológico de hiperprolactinemia e amenorreia associada e, desde que cumpridas todas as condições estabelecidas para a sua utilização, o método da amenorreia lactacional (LAM) pode proteger contra a

gravidez³⁰. É recomendado o intervalo mínimo de dois anos entre uma gestação e outra pois, entre outros fatores, intervalos mais curtos dificultam a amamentação nos primeiros 12 meses de vida³¹⁻³². Assim, na presença de aleitamento materno exclusivo (AME), aconselha-se iniciar a anticoncepção mais tardiamente, a partir da sexta semana após o parto³¹ sendo este um importante preditor de utilização da consulta de puerpério, logo, de qualidade do serviço, dado o impacto positivo no cuidado materno-infantil^{8,33-35}.

Apesar de mais de 90% das mulheres terem relatado que foi discutida a importância da amamentação, a realização do exame de mamas e do exame ginecológico apresentou baixa prevalência, não alcançando metade das mulheres entrevistadas. O exame ginecológico e das mamas fazem parte da assistência no período pós-parto no âmbito da Rede Cegonha. No entanto, a literatura aponta a não realização desses exames por um profissional durante a consulta de pós-parto¹⁰⁻¹². Traumas mamilares, entre outros problemas nas mamas, podem causar desconforto e dor, além de comprometer o sucesso com a amamentação. Quando detectados precocemente e conduzidos de forma adequada, permitem que a intervenção seja mais eficaz, trazendo resolutividade e conferindo visibilidade à mulher, qualificando o cuidado puerperal^{12,36}.

Outro fato alarmante foi a baixa frequência de mulheres que relataram ter sido questionadas sobre o aparecimento de algum problema como desânimo, tristeza ou depressão. Estudos mostram que mulheres que apresentaram *baby blues* no pós-parto possuem maior probabilidade de desenvolver depressão pós-parto, particularmente se o *baby blues* foi grave^{12,37}. A literatura aponta carências relacionadas à temática dos transtornos psicológicos no ciclo gravídico-puerperal, tanto na formação quanto na educação permanente^{38,39} o que pode refletir diretamente na incipiência da abordagem dessas condições junto às mulheres. A depressão pós-parto precisa ser investigada na APS, observando os aspectos sociodemográficos e individuais⁴⁰. A assistência de qualidade no período pós-parto requer dos profissionais um olhar metódico e apropriado para reconhecer sinais e sintomas que comprometam a saúde do binômio mãe-bebê, com o objetivo de evitar maiores intercorrências²⁹.

Foi observado neste estudo que mulheres residentes na região Nordeste e nos municípios com 100% de cobertura pela ESF apresentaram as maiores probabilidades de receber uma consulta de puerpério considerada de qualidade, destacando a força

da ESF na promoção da equidade e da qualidade da atenção ao puerpério. Abordar a qualidade também significa prestar atenção à equidade e promover políticas que ajudem a reduzir as disparidades entre pessoas favorecidas e as mais vulneráveis ²³. Assim, tal fato pode ser atribuído aos investimentos realizados para combater as iniquidades em saúde. O objetivo foi atender as áreas mais pobres do país e, conseqüentemente, aquelas com os piores indicadores de saúde, impactando positivamente na saúde da população, com melhores composições de equipes na APS e ampliando o acesso aos serviços de saúde ⁴¹⁻⁴³.

A literatura aponta uma associação entre a idade mais avançada e a qualidade do atendimento recebido ⁴⁴⁻⁴⁶. À medida que a idade avança acentua-se o risco de intercorrência no processo gravídico-puerperal. Isso devido a maior probabilidade de complicações como hipertensão, diabetes entre outras, necessitando de um maior acompanhamento de saúde ⁴⁷. A possível explicação para essa relação positiva é que, à medida que as mulheres envelhecem, além de demandarem maior cuidado para a prevenção dos desfechos negativos no processo gravídico-puerperal, elas tornam-se mais empoderadas em relação às suas condições de saúde, o que se reflete em uma melhor utilização dos serviços de acompanhamento no ciclo gravídico-puerperal ^{1,45,48,49}.

Em nosso estudo, observamos que a renda familiar no estrato mais baixo e mais alto demonstrou ser um preditor para que as usuárias recebam uma consulta de qualidade. Andrade et al (2015) ressaltam que as usuárias do SUS tendem a ser mais vulneráveis economicamente dada a desigualdade social que acomete boa parte da população brasileira, reforçando a importância da assistência ao puerpério em período oportuno ²⁹. Outro ponto importante a ressaltar, no que se refere a associação entre a renda e a probabilidade de ter melhor qualidade da assistência no puerpério, é o fato da presença expressiva de consulta de qualidade naquelas mulheres residentes em municípios com 100% de cobertura pela ESF. Normalmente as pessoas mais pobres vivem em áreas mais vulneráveis do território de abrangência da ESF, que é o território que tem maior presença do ACS.

A maior probabilidade de receber uma consulta de puerpério de qualidade entre as mulheres que relataram ter recebido a visita do ACS durante a primeira semana após o parto, comparada àquelas que não receberam a visita, representa uma melhor organização do processo de trabalho das equipes ⁵⁰. Esse achado é consistente ao observado na literatura ^{5,33}. Os ACS representam uma força de trabalho indispensável

para a reorientação do modelo de saúde baseado na vigilância, estabelecendo vínculo com a comunidade ⁵¹. Quanto à saúde materno-infantil, sua contribuição consiste na visita domiciliar durante a primeira semana após o parto, que deve ser preferencialmente realizada por esse profissional, cujo objetivo, entre outros, é orientar a puérpera sobre a importância da consulta de puerpério, especialmente para aquelas em situações mais vulneráveis ^{1,6,50,52}.

Apesar da reconhecida importância desse profissional, Freire et al. (2021) apontaram para uma redução no número de ACS por equipes no Brasil, somada à redução em municípios mais ricos, de maior porte populacional e localizados nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A Política Nacional da Atenção Básica de 2017 (PNAB) trouxe um potencial impacto negativo à APS, refletindo no enfraquecimento do SUS, ao incluir a diminuição do número mínimo de ACS por equipe de Estratégia de Saúde da Família (eSF), passando de um mínimo de quatro ACS para apenas um por equipe. Além disso, a PNAB estabelece que a total cobertura da população pelo agente comunitário, seja garantida apenas aos grupos de maior vulnerabilidade e risco, sem definir claramente os parâmetros para essa definição ^{53,54}.

Assim, por meio da visita domiciliar pelo ACS às mulheres na primeira semana do pós-parto, as eSF obtiveram melhor desempenho na qualidade da assistência prestada favorecendo a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde ^{50,55}. Dito isso, é sugerido que essas eSF apresentem melhor gestão de seus processos aliados ao maior comprometimento com os cuidados no ciclo gravídico-puerperal.

O incremento dos sistemas de saúde é crucial para melhorar a qualidade do atendimento no puerpério ²³. Da mesma forma, o fortalecimento das equipes da APS é imprescindível para que haja organização das ações ^{50,56} e engajamento dos profissionais envolvidos nas ações do puerpério. Os profissionais da APS devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a puérpera e o recém-nascido ¹. O agendamento das ações da Primeira Semana de Saúde Integral, para a puérpera e o recém-nascido, num mesmo momento, aumenta a probabilidade de maior utilização da consulta de puerpério ^{50,56}.

Outro achado que merece destaque foi a baixa prevalência de procedimentos que envolvem o exame físico no puerpério na APS observada neste estudo. Esses achados denunciam uma lacuna importante e persistente no processo de cuidado que, inclusive, é observada em outras ações programáticas do SUS ⁵⁷⁻⁶⁰, reforçando a

necessidade de investir em educação permanente, intensificando a importância do exame físico.

Nosso estudo avaliou indicadores de resultados expressos pelos relatos de usuárias com filhos menores de dois anos de idade e que realizaram a consulta de puerpério na UBS onde buscaram atendimento na ocasião da entrevista. Como limitação do estudo apontamos um possível viés recordatório das entrevistadas que poderia afetar os resultados dada a possibilidade de não recordar de todas as ações realizadas durante a consulta de puerpério. Outra limitação pode ser atribuída ao conjunto restrito de perguntas para definir a qualidade da atenção na consulta de puerpério, mas os itens considerados estão preconizados em documentos do próprio Ministério da Saúde. Como ponto forte, ressalta-se o fato de ser um estudo com uma amostra expressiva de usuárias dos serviços de saúde de diferentes regiões do Brasil cuja distribuição no território nacional, representou a inclusão de 92% das equipes de ESF no ano de 2018 (ciclo III). Destacamos a relevância do nosso estudo em avaliar a qualidade da assistência ao puerpério na APS, diante da escassa publicação acerca do tema. Ainda que os dados utilizados para a averiguação da qualidade da assistência no puerpério tenham sido obtidos por meio da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, realizada entre os anos de 2017 e 2018, eles nos permitiram a obtenção de um recorte da assistência ofertada às mulheres diante de um período que impacta diretamente sua saúde e a do seu bebê a curto, médio e longo prazo.

Considerações finais

A baixa prevalência de consulta de puerpério de qualidade observada neste estudo, evidencia a carência na qualidade do cuidado ofertado às mulheres no período pós-parto na APS. O puerpério é um período crítico na saúde da mulher onde pode surgir ou agravar problemas que a comprometam física, social ou mentalmente. Prestar um cuidado adequado, de qualidade e oportuno, resulta em uma assistência mais resolutiva e com menores riscos de morbimortalidade.

Nosso estudo oferece evidências que podem subsidiar o trabalho, tanto de gestores nas três esferas de governo, quanto no cotidiano de profissionais envolvidos na atenção à saúde no ciclo gravídico-puerperal, de forma a orientar o planejamento de

ações e contribuir para a adoção de práticas e indicadores que permitam a gestão dos cuidados com resolutividade.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Atenção Ao Pré-Natal de Baixo Risco. Cadernos de Atenção Básica, 1ªed., vol. 32, Brasília, 2013.
2. Kumarasinghe M, Herath MP, Hills AP, Ahuja KDK. Postpartum versus postnatal period: Do the name and duration matter? PLoS One. 2024 Apr 26;19(4):e0300118. doi: 10.1371/journal.pone.0300118.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, nº 121, p. 109, 27 jun. 2011.
4. Mario DN, Rigo L, Boclin K de LS, Malvestio LMM, Anziliero D, Horta BL, et al.. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019 Mar;24(3):1223–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>.
5. McCauley H, Lowe K, Furtado N, Mangiaterra V, van den Broek N. Essential components of postnatal care - a systematic literature review and development of signal functions to guide monitoring and evaluation. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 May 28;22(1):448.
6. Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, Pitilin É de B. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022;38(3):e00103221. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221>.
7. Devane D, Barrett N, Gallen A, O'Reilly MF, Nadin M, Conway G, Biesty L, Smith V. Identifying and prioritising midwifery care process metrics and indicators: a Delphi survey and stakeholder consensus process. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Jun 10;19(1):198. doi: 10.1186/s12884-019-2346-z.

8. Facchini, L. A., Tomasi, E. & Thumé, E. Acesso e Da Qualidade Na Atenção. 2021 Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. São Leopoldo: Oikos; 2021. 224 p.
9. Silva IN, Freitas CK, Lisboa AS, Cunha ML, Mahl C, Guimarães YD, et al. Assistência de enfermagem à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2024;15(Supl 1):e-202410SUPL1.
10. Baratieri T, Stasiu RG, Oliveira IB de, Ferreira KAM, Natal S. Promoção da saúde no puerpério: avaliação da assistência na Atenção Primária. *Espac. Saude* [Internet]. 17º de agosto de 2023 [citado 24º de setembro de 2024];24. Disponível em:
<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/947>.
11. Santos SMP, Santos LV, Rodrigues JO, Lira LCS, Souza LB, Silva UB. Accessibility to women's healthcare service during pregnancy and postpartum. *Cogitare Enferm*. 2016; 21:1-10.
12. Corrêa MSM, Feliciano KV de O, Pedrosa EN, Souza AI de. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017;33(3):e00136215. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136215>.
13. Donabedian, A. Donabedian the quality of care. *Journal of American Medical Association* vol. 260 1743–48 Preprint at <http://www.law.uh.edu/faculty/jmantel/health-regulatory-process/Donabedian-The-Quality-of-Care.pdf> (1988).
14. Donabedian, A. The quality of medical care. *Science* (1979) 200, 856–864 (1978).
15. Khatri RB, Durham J, Assefa Y. Utilisation of quality antenatal, delivery and postnatal care services in Nepal: An analysis of Service Provision Assessment. *Global Health*. 2021 Sep 6;17(1):102. doi: 10.1186/s12992-021-00752-x.
16. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1196-e1252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3. Epub 2018 Sep 5. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1162. doi:

- 10.1016/S2214-109X(18)30438-8. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1162. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30456-X. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2021 Aug;9(8):e1067. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00250-3.
17. Costa MA, Marguti BO, editores. *Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras*. Brasília: IPEA; 2015. 240 p.
 18. Kawuki, J., Gatasi, G. & Sserwanja, Q. Prevalence of adequate postnatal care and associated factors in Rwanda: evidence from the Rwanda demographic health survey 2020. *Arch Public Health* 80, 208 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00964-6>.
 19. Bittencourt SD de A, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA, et al.. Nascido no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020;54:100. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002021>.
 20. Assis TR, et al. Implementação da Rede Cegonha em uma regional de saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? *RECIIS - Rev Eletr Comum Inf Inov Saúde*. 2019;13(4):843-853. doi:10.29397/reciis.v13i4.1595.
 21. Akibu M, Tsegaye W, Megersa T, Nurgi S. Prevalence and Determinants of Complete Postnatal Care Service Utilization in Northern Shoa, Ethiopia. *J Pregnancy*. 2018 Aug 14;2018:8625437. doi: 10.1155/2018/8625437. PMID: 30186633; PMCID: PMC6112074.
 22. Gu H, You H, Yan Z, Yang N, Kou Y, Sun J, Yu T, Zhang N. Determinants of the utilization of postpartum family visits: Evidence from rural areas of Eastern China. *PLoS One*. 2018 Mar 22;13(3):e0194061. doi: 10.1371/journal.pone.0194061. PMID: 29566028; PMCID: PMC5863976.
 23. Sacks E, Langlois ÉV. Postnatal care: increasing coverage, equity, and quality. *Lancet Glob Health*. 2016 Jul;4(7):e442-3. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30092-4. Epub 2016 May 13. PMID: 27185467.
 24. Santos IS dos, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004;20:S337–41. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800027>.

25. Galle A, Moran AC, Bonet M, Graham K, Muzigaba M, Portela A, Day LT, Tuabu GK, Silva BSÉ, Moller AB. Measures to assess quality of postnatal care: A scoping review. *PLOS Glob Public Health*. 2023 Feb 17;3(2):e0001384. doi: 10.1371/journal.pgph.0001384. PMID: 36963034; PMCID: PMC10021656.
26. Vaichulonis CG, Silva RR e, Pinto AIA, Cruz IR, Mazzetti AC, Haritsch L, et al.. Evaluation of prenatal care according to indicators for the Prenatal and Birth Humanization Program. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2021Apr;21(2):441–50. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200006>.
27. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União: secção 1, Brasília, DF, 4–6, 2000*.
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União 2019; 13 nov*.
29. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF de. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015Jan;19(1):181–6. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>
30. Calik-Ksepka A, Stradczuk M, Czarnecka K, Grymowicz M, Smolarczyk R. Lactational Amenorrhea: Neuroendocrine Pathways Controlling Fertility and Bone Turnover. *Int J Mol Sci*. 2022 Jan 31;23(3):1633. doi: 10.3390/ijms23031633. PMID: 35163554; PMCID: PMC8835773.
31. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Orientação No Pré-Natal e No Puerpério*. [Internet] 2021. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Orientacao-contraceptiva-no-pre-natal-e-no-puterperio-2021.pdf>.
32. Tomazzoni, R. R. *et al*. Intervalo intergestacional e desfechos desfavoráveis para a gestante e o recém-nascido. *Revista da AMRIGS*, 2022. 66, 114–118

33. Mohan D, Gupta S, LeFevre A, Bazant E, Killewo J, Baqui AH. Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzania: multilevel analysis of a household survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Oct 30;15:282. doi: 10.1186/s12884-015-0717-7. PMID: 26518337; PMCID: PMC4628262.
34. Naseem S, Khattak UK, Ghazanfar H, Irfan A. Maternal health status in terms of utilisation of antenatal, natal and postnatal services in a Periurban setting of Islamabad: A community based survey. *J Pak Med Assoc*. 2017 Aug;67(8):1186-1191. PMID: 28839302.
35. Olajubu AO, Olowokere AE, Ogundipe MJ, Olajubu TO. Predictors of Postnatal Care Services Utilization Among Women in Nigeria: A Facility-Based Study. *J Nurs Scholarsh*. 2019 Jul;51(4):408-416. doi: 10.1111/jnu.12473. Epub 2019 Mar 28. PMID: 30919580.
36. Iopp PH, Massafera GI, De Bortoli CF. A atuação do enfermeiro na promoção, incentivo e manejo do aleitamento materno. *Enferm Foco*. 2023;14:e-202344. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202344>
37. Landman A, Ngameni EG, Dubreucq M, Dubreucq J; IGEDEPP Groups; Tebeka S, Dubertret C. Postpartum blues: a predictor of postpartum depression, from the IGEDEPP Cohort. *Eur Psychiatry*. 2024 Apr 1;67(1):e30. doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.1741. PMID: 38555958; PMCID: PMC11059245.
38. Brito APA, Paes S de OG, Feliciano WLL, Riesco MLG. SOFRIMENTO MENTAL PUERPERAL: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2022;27:e81118. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81118>.
39. Silva, G. L. P. da; Farias Junior, L. P.; Dodó, F. D. B. et al. Assistência de enfermagem à puérpera: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 7, n. 2, p. e68887, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-362. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68887>. Acesso em: 25 sep. 2024.
40. Fernandes-Moll M., Matos A., Beirigo-Borges G. et al. Occurrence and factors associated with postpartum depression in the urban area of Brazil. *Enferm. glob.* [Internet]. 2023 [citado 2024 Sep 25]; 22(69): 134-166. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100005&lng=es. Epub 20-Mar-2023.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.525191>.

41. Castro MC, Massuda A, Almeida G. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303318.
42. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S. et al. The Family Health Strategy coverage in Brazil: what reveal the 2013 and 2019 National Health Surveys. *Cien Saude Colet*. 2021 Jun 14;26(suppl 1):2543-2556. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020. PMID: 34133633.
43. Soares Filho AM, Vasconcelos CH, Dias AC, Souza ACC, Merchan-Hamann E, Silva MRFD. Primary Health Care in Northern and Northeastern Brazil: mapping team distribution disparities. *Cien Saude Colet*. 2022 Jan;27(1):377-386. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232022271.39342020. Epub 2020 Nov 22. PMID: 35043915.
44. Burnett-Zieman B, Abuya T, Mwanga D, Wanyugu J, Warren CE, Sripad P. Community-based postnatal care services for women and newborns in Kenya: an opportunity to improve quality and access? *J Glob Health*. 2021 Mar 10;11:07006. doi: 10.7189/jogh.11.07006. PMID: 33763220; PMCID: PMC7956153.
45. Tessema ZT, Yazachew L, Tesema GA, Teshale AB. Determinants of postnatal care utilization in sub-Saharan Africa: a meta and multilevel analysis of data from 36 sub-Saharan countries. *Ital J Pediatr*. 2020 Nov 27;46(1):175. doi: 10.1186/s13052-020-00944-y. PMID: 33246475; PMCID: PMC7693498.
46. Iqbal, S., Maqsood, S., Zakar, R. *et al.* Trend analysis of multi-level determinants of maternal and newborn postnatal care utilization in Pakistan from 2006 to 2018: Evidence from Pakistan Demographic and Health Surveys. *BMC Public Health* **23**, 642 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15286-7>
47. Tavares MÉL, Freitas AMS, Davim RMB et al. Experiences of women who faced a pregnancy between 35 and 45 years of age / Experiencias de mulheres ao vivenciarem uma gravidez entre 35 e 45 anos de idade. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)* [Internet]. 28º de setembro de 2021 [citado 25º de

- setembro de 2024];13:1480-1485. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10184>.
48. Khaki JJ, Sithole L. Factors associated with the utilization of postnatal care services among Malawian women. *Malawi Med J*. 2019 Mar;31(1):2-11. doi: 10.4314/mmj.v31i1.2. PMID: 31143390; PMCID: PMC6526341.
 49. Aldrighi JD, Wall ML, Souza SRRK, Cancela FZV. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. *Rev esc enferm USP [Internet]*. 2016May;50(3):0512–21. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>.
 50. Flores-Quispe MDP, Duro SMS, Facchini LA, Barros NBR, Tomasi E. Trends in the quality of child health care in the first week of life in primary care services in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2024 Jan;29(1):e09192022. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232024291.09192022. Epub 2023 Mar 23. PMID: 38198324.
 51. Mélo LMBDE, Santos RCD, Albuquerque PC. Community Health Workers: what do international studies tell us? *Cien Saude Colet*. 2023 Feb;28(2):501-520. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232023282.12222022. Epub 2022 Aug 14. PMID: 36651403.
 52. Gonçalves C de S, Cesar JA, Marmitt LP, Gonçalves CV. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. *Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]*. 2019Jan;19(1):63–70. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100004>.
 53. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG, Cavalcanti YW. PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021 Dec 1;55:85. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003005. PMID: 34878087; PMCID: PMC8659632.
 54. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate [Internet]*. 2018Sep;42(spe1):261–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>.
 55. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate [Internet]*.

- 2018Sep;42(spe1):208–23. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.
56. Flores-Quispe MDP, Duro SMS, Blumenberg C, et al. Quality of newborn healthcare in the first week of life in Brazil's primary care network: a cross-sectional multilevel analysis of the National Programme for Improving Primary Care Access and Quality – PMAQBMJ Open 2022;12:e049342. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049342.
57. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS da, Thumé E, et al.. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017;33(3):e00195815. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>.
58. Neves RG, Flores-Quispe MDP, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Prenatal care in Brazil: a cross-sectional study of the Program for Improving Primary Care Access and Quality, 2014. Epidemiol Serv Saude. 2020 Feb 17;29(1):e2019019. English, Portuguese. doi: 10.5123/S1679-49742020000100008. PMID: 32074198.
59. Saes, M. D. O., Facchini, L. A. & Tomasi, E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. *APS EM REVISTA* 2019 1; 206–221.
60. Muzy J, Campos M, Emmerick I, Avelar FG de. Caracterização da atenção ao paciente com diabetes na atenção primária a partir do PMAQ-AB. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2022Sep;27(9):3583–602. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.17542021>.

IV. Considerações Finais

Considerações Finais

A tese investigou o acesso e a qualidade da assistência ao puerpério na atenção primária no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) entre os anos de 2012 e 2018. Para tal, o estudo avaliou dois desfechos: (1) a tendência da consulta de puerpério, realizada pelas usuárias das UBS integrantes do PMAQ-AB, nos três ciclos de avaliação externa além (2) da qualidade da atenção prestada nas consultas de pós-parto às usuárias entrevistadas no ciclo III da avaliação. Ambos os desfechos foram associados aos determinantes sociais.

Ao longo dos três ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB foi observada uma tendência de queda das prevalências de consulta de puerpério (Ciclo I: 57,7%; Ciclo II: 54,5% e Ciclo III: 53,0%), apresentando redução na variação média anual (VMA) de 0,61 pontos percentuais ($p < 0,001$). O aumento nas frequências desse tipo de consulta foi observado apenas na região Nordeste (0,5 p.p; $p = 0,001$) e nos municípios com IVS muito alto (1,1 pp). Entretanto, a VMA reduziu em municípios com porte populacional maior de 300.000 habitantes e em todas as categorias de cobertura da ESF no município.

Já quando avaliamos a qualidade da assistência no puerpério na atenção primária, foi observada que apenas um quinto das puérperas receberam uma consulta considerada de qualidade no puerpério. Aspectos relacionados à amamentação e ao planejamento familiar foram os pontos mais prevalentes na consulta, entretanto, a realização do exame de mamas e o exame físico/ginecológico durante a consulta foram relatados em menos da metade da amostra. Mulheres residentes na Região Nordeste, nos municípios com 100% de cobertura de ESF, com idade igual ou superior a 40 anos, nos extremos de renda familiar e que receberam a visita do ACS durante a primeira semana após o parto tiveram maior probabilidade de ter uma consulta de puerpério de qualidade.

Os resultados aqui apresentados denotam a baixa qualidade da assistência no puerpério observadas na APS denuncia o descaso com esta faixa do ciclo vital. Ainda

que observadas uma discreta melhora na assistência nas regiões Norte e Nordeste e em municípios com IVS maiores, salienta-se que as diferenças entre regiões e municípios mais ricos com aqueles mais pobres se deu pela redução das prevalências nos primeiros.

Sendo assim, as evidências aqui apresentadas reforçam o caráter do SUS e como o modelo de financiamento aplicado no PMAQ-AB podem reduzir as iniquidades em saúde e orientar o planejamento de ações que contribuam para a cuidados com equidade e resolutividade, considerando as diferenças regionais e os determinantes sociais em saúde.