

CUIDADO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA AVALIAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS

Tatiane Baratieri¹
Sonia Natal²

INTRODUÇÃO

O pós-parto é um período crítico na vida das mulheres, pois elas vivenciam diversas alterações físicas, emocionais e sociais, podendo levar a problemas de transição curta ou persistirem por anos após o parto, de modo que quanto mais precoce for a assistência às necessidades das mulheres, melhor será a prevenção e resolução desses problemas¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS), por ser principal responsável pelo acompanhamento pós-parto, estar mais próxima às mulheres, ser a porta de entrada prioritária do sistema de saúde e ordenadora da rede de atenção à saúde deve ter as condições ideais para prestar essa assistência com qualidade².

A compreensão das ações desenvolvidas às mulheres na APS é fundamental para identificar o quanto a assistência pós-parto está operacionalizada, e isso é possível por meio de uma análise de implantação³, foco do presente estudo, que teve por objetivo avaliar a implantação da assistência prestada por profissionais da APS às mulheres no pós-parto.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação³, realizada de fevereiro a junho de 2019, com abordagem quantitativa. Desenvolveu-se por meio de um estudo de Casos múltiplos⁴ em três municípios, um de cada estado da região sul do Brasil, identificados como Caso 1, Caso 2 e Caso 3. Foi avaliada uma equipe de saúde com APS considerada exemplar em cada município. Foram entrevistados os profissionais da equipe mínima de saúde da família, sendo quatro médicos, 4 enfermeiros, dois técnicos em enfermagem, 18 agentes comunitários de saúde e 31 puérperas. Foram coletados dados primários (entrevistas e diário de campo) e secundários (documentos, microdados da avaliação externa do PMAQ, sistemas de informação do SUS).

Foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), composta pelas dimensões gestão execução e suas respectivas subdimensões⁵, definidas por meio da Teoria do Programa⁶ e validada pela técnica de conferência de consenso. No presente estudo está sendo apresentada a MAJ referente a subdimensão execução que se refere a assistência direta prestada pelos profissionais da APS.

A MAJ foi utilizada para determinar o grau de implantação da assistência pós-parto. Cada subdimensão tem uma pontuação máxima, distribuída entre os critérios/indicadores que a compõem. A proporção do somatório dos pontos observados (PO) na dimensão e subdimensões em relação à pontuação esperada (PE), determinou o julgamento de valor para

¹ Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava, Paraná, Brasil.

² Doutora. Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

o grau de implantação: GI (grau de implantação) = $(\Sigma PO / \Sigma PE) \times 100$. As proporções foram estratificadas em quartis para a classificação do Grau de Implantação, a saber: implantação satisfatória (76% a 100%); implantação parcial (51% a 75%); implantação incipiente (26% a 50%); e implantação crítica (abaixo de 26%).

A análise individual dos Casos foi realizada por meio da análise temática com triangulação dos dados de distintas fontes de evidências⁴, utilizando-se uma lista pré-definida de códigos de acordo com a MAJ, com auxílio do *software NVivo* versão 11. Para a análise imbricada, realizou-se o exame minucioso das dimensões e subdimensões, verificando as convergências, divergências, aspectos favoráveis e desfavoráveis entre elas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer n° 3.036.173/2018).

RESULTADOS

A dimensão execução do Caso 3 estava com implantação parcial (57%), enquanto os demais estavam com implantação incipiente (Tabela 1).

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

No que se refere ao “acesso”, os Casos 1 e 2 tiveram implantação incipiente, e o Caso 3 teve implantação parcial. As principais fragilidades estão nos quesitos de realizar seis ou mais consultas de pré-natal, e duas consultas pós-parto. Somente o Caso 3 realiza o número suficiente de visitas domiciliares na primeira semana pós-parto.

A subdimensão “saúde física” teve implantação parcial para os Casos 1 e 3, e incipiente para o Caso 2. Todos os Casos apresentaram fragilidades quanto à atenção aos problemas comuns do pós-parto, sinais de alerta, especialmente no que se refere a sinais de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, infecção e tromboembolismo, e orientações sobre atividade física. O Caso 1 tem melhor adequação na continuidade dos cuidados em relação a intercorrências no pré-natal e pós-parto.

Em relação a “saúde mental”, todos os casos apresentaram fragilidades, com implantação crítica para o Caso 2, e incipiente para os demais.

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

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

A subdimensão “planejamento reprodutivo” apresentou implantação crítica para o Caso 2 e incipiente para os demais. Houve foco da assistência em métodos contraceptivos

hormonais, falta abordagem sobre saúde sexual e de envolvimento dos(as) companheiros(as) na escolha do método.

Tabela 1: Matriz de análise e julgamento da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária: dimensão execução e suas subdimensões em três municípios da Região Sul, Brasil, 2019.

Subdimensão	PE*	PO*	GI(%)*	PO	GI(%)	PO	GI (%)
		Caso 1	Caso 1	Caso 2	Caso 2	Caso 3	Caso 3
Longitudinalidade	5	1,15	23	0,8	16	2,1	42
Acesso	5	2,3	46	2,3	46	3,7	74
Saúde física	5	3	60	1,9	38	2,9	58
Saúde mental	5	1,4	28	0,8	16	2,3	46
Violência doméstica	5	1,5	30	1	20	2,75	55
Aleitamento materno	5	3,2	64	2,6	52	4,2	84
Planejamento reprodutivo	5	1,3	26	0,55	11	2	40
Total	35	13,85	39,6	10	28,4	20	57,0

PE: pontuação esperada; PO: pontuação observada; GI: grau de implantação - $GI^ = (\Sigma PO / \Sigma PE * 100)$.

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

DISCUSSÃO

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

A dimensão execução, para o Caso 3 teve maior grau de implantação decorrente do acesso avançado que oportuniza porta aberta sempre que as mulheres necessitarem, atendimento na perspectiva da atenção familiar, profissionais especialistas em saúde da família, estímulo a autonomia das mulheres por parte de toda equipe, e trabalho integrado entre a equipe com rotina de discussão de casos.

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

Nos três Casos analisados o cuidado às mulheres é prestado pelos mesmos profissionais, porém a longitudinalidade é prejudicada pela falta de elaboração de um plano de cuidados pós-parto e de acompanhamento no puerpério remoto. Para otimizar os cuidados pós-parto, a orientação antecipada deve começar durante a gravidez, com o desenvolvimento de um plano de cuidados pós-parto que aborde a saúde emocional, desafios da maternidade, e a recuperação pós-parto, discutir a finalidade e importância dos cuidados pós-parto, e os tipos de serviços e suporte disponível⁷.

Ao analisar a subdimensão “acesso”, os Casos 1 e 2 não atingiram a pontuação esperada para o número de consultas pós-parto e visita domiciliar, e ainda, o Caso 2 realiza a primeira consulta em torno de 30 dias pós-parto, o que prejudica a assistência em tempo oportuno, especialmente em situações que devem ser manejadas nos primeiros dias após o parto⁹.

Todos os Casos atingiram pontuação máxima no critério “suplementação de ferro 3 meses pós-parto” que é um protocolo estabelecido na atenção pós-parto, e, de modo geral, a saúde física teve uma sistemática de assistência em todos os Casos. Além disso, a subdimensão com maior grau de implantação foi “aleitamento materno”, tema esse

constantemente abordado na prática profissional por meio de qualificações e no planejamento em saúde. Tais aspectos reforçam a importância da adoção de protocolos clínicos e da educação permanente. Por outro lado, esses resultados podem estar relacionados à natureza normativa das ações, e foco na saúde da criança, no caso do aleitamento materno.

Em relação às subdimensões “saúde mental” e “violência identificou-se que são práticas assistenciais que não fazem parte da rotina de atendimento da assistência pós-parto, e sua abordagem depende da sensibilidade e conhecimento individual dos profissionais.

Quanto à violência doméstica, o presente estudo encontrou que há maior atenção para a dimensão física, e em todos os Casos os profissionais não abordam o tema no plano de cuidados pós-parto. Estudo brasileiro identificou que 30% das mulheres pesquisadas sofreram alguma forma de violência física com parceiro íntimo nos primeiros meses após o parto¹³. Esse dado mostra a magnitude do tema e necessidade de enfrentamento do problema¹³, no que se refere a todos os tipos de violência, já que esse se constitui em um fator de risco para DPP^{11,13} e problemas no acompanhamento e crescimento/desenvolvimento infantil¹³.

Sobre o planejamento reprodutivo houve implantação crítica (Caso2) e incipiente (Casos 1 e 3), já que, em geral, nesse item é abordado prioritariamente a escolha de métodos contraceptivos hormonais, considerando que as gestões dos três Casos não ofertam métodos longa permanência em tempo oportuno. E ainda, os profissionais raramente procuram envolver companheiros(as), e que outras questões, como direitos reprodutivos e saúde sexual, são tratadas apenas sob demanda das mulheres.

Estudos encontraram uma prevalência de 40% das mulheres com problemas na saúde sexual até um ano pós-parto¹⁴ e de 27,2% de gravidez de repetição rápida, a qual é menos provável de ocorrer com uso de métodos contraceptivos de longa duração¹⁵, questões essas negligenciadas nos Casos estudados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve implantação incipiente (Casos 1 e 2) e parcial (Caso 3) da assistência pós-parto prestada pelos profissionais da APS, sendo possível identificar as principais lacunas do programa, o qual, sendo implantado de forma ideal tem o potencial para reduzir a morbimortalidade materna e assistir às mulheres na perspectiva da integralidade do cuidado, com atenção às necessidades de saúde.

Identificou-se que na assistência não são incorporadas as principais necessidades de saúde das mulheres. Como principais recomendações, este estudo indica que haja: implantação de diretrizes clínicas; qualificação permanente dos profissionais de saúde, com vistas a prestação da atenção integral às mulheres, especialmente a fim de superar o foco na saúde física e atenção materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Henderson V, Stumbras K, Caskey R, Haider S, Rankin K, Handler A. Understanding Factors Associated with Postpartum Visit Attendance and Contraception Choices: Listening to Low-Income Postpartum Women and Health Care Providers. *Matern Child Health J.* 2016;20:132–43.
2. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. National Institute

- for Health and Care Excellence; 2015. Available at: nice.org.uk/guidance/cg192
3. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P, Denis JL. A Análise da Implantação. In: Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217–38.
 4. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015. 290 p.
 5. Baratieri T. Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina; 2020.
 6. Baratieri T, Natal S, Hartz ZM de A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cad Saude Publica*. 2020;(no prelo).
 7. ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Postpartum Care: Acog committee opinion. 2018;131(728):35–42.
 8. Olin SS, McCord M, Stein REK, Kerker BD, Weiss D, Hoagwood KE, et al. Beyond Screening: A Stepped Care Pathway for Managing Postpartum Depression in Pediatric Settings. *J Women’s Heal* [Internet]. 2017;00(00):jwh.2016.6089. Available at: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2016.6089>
 9. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
 10. Jairaj C, Fitzsimons CM, McAuliffe FM, O’Leary N, Joyce N, McCarthy A, et al. A population survey of prevalence rates of antenatal depression in the Irish obstetric services using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 1 de junho de 2019;22(3):349–55.
 11. Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(7):815–28.
 12. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2016;14(5):463–72.
 13. Moraes CL de, Oliveira AG e S de, Reichenheim ME, Gama SGN da, Leal M do C. Prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 21 de janeiro de 2019];33(8):1–13. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805006&lng=pt&tlng=pt
 14. O’Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 31 de dezembro de 2018 [citado 30 de janeiro de 2020];18(1):196. Available at: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1838-6>
 15. Sackeim MG, Sammel M, Gurney EP, Schreiber CA. Rapid repeat pregnancy: prevalence and risk factors in an urban population. *Am J Obstet Gynecol*. janeiro de 2018;218(1):S560–1.