



Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte


Cristiane de Souza Gonçalves ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9668-5459>


Juraci Almeida Cesar ²

 <https://orcid.org/0000-0003-0864-0486>

Luana Patrícia Marmitt ³

 <https://orcid.org/0000-0003-0526-7954>

Carla Vitola Gonçalves ⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-6580-6417>

¹⁻⁴ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Rua Visconde de Paranaguá, 102. Rio Grande, RS, Brasil. CEP: 96.200-190. E-mail: crisdesg@gmail.com

Resumo

Objetivos: identificar a frequência da não realização das consultas de puerpério e fatores associados em mulheres residentes de um município de médio porte no Brasil.

Métodos: estudo de coorte prospectiva através da coleta de dados em dois momentos, nas primeiras 48h e após o 42º dia pós-parto. Para a análise dos dados, utilizou-se o teste qui-quadrado para comparar proporções e, para a análise ajustada, Regressão de Poisson obedecendo ao modelo hierárquico pré-determinado. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados: das 572 mulheres incluídas no estudo, 24,8% não realizaram consulta de puerpério. Os fatores associados a não realização da consulta de puerpério foram: menor renda (1º tercil RP= 2,01 IC95%= 1,21-3,33 - 2º tercil RP= 1,94 IC95%= 1,17-3,20), escolaridade (\leq 8 anos RP= 2,00 IC95%= 1,24-3,24); mulheres que apresentaram alguma comorbidade durante a gestação (RP 1,45; IC95%= 1,01-2,09), realizaram o pré-natal em serviço público (RP= 1,74; IC95%= 1,18-2,58) e que não usaram método anticoncepcional (RP= 3,10; IC95%= 1,86-5,16).

Conclusões: a revisão puerperal não parece estar sendo valorizada no pré-natal, principalmente no sistema público de saúde. Foi identificada uma importante iniquidade na prestação desse serviço, pois as mulheres de menor renda, escolaridade e mais expostas a uma gravidez recorrente foram as que menos retornaram à consulta puerperal.

Palavras-chave Período pós-parto, Prevalência, Disparidade nos níveis de saúde, Atenção primária à saúde



Introdução

O puerpério, ou pós-parto, é o período que se inicia imediatamente após o parto e dura em média seis semanas, sendo seu término cronologicamente imprevisível devido às mudanças anatomofisiológicas que ocorrem no organismo da mulher.^{1,2}

A consulta puerperal é uma ação assegurada pelas políticas de saúde do Brasil e deve ser realizada até o 42º dia do pós-parto.² Inúmeros cuidados de saúde, tanto para mãe quanto para o recém-nascido, são planejados para o período puerperal, entre eles: apoio à amamentação, planejamento familiar, detecção de anemia materna e depressão puerperal, além do monitoramento do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.²⁻⁴ A ausência do contato da mãe com os serviços de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal representa uma perda de oportunidade para realização de intervenções que impactam positivamente na saúde materno-infantil.⁵⁻⁷ Sendo assim, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve ser incentivado desde o pré-natal.^{1,4}

Apesar das políticas públicas implementadas no Brasil nas últimas décadas terem melhorado o acesso à cobertura na saúde materno-infantil, o não retorno puerperal ainda apresenta baixas prevalências que variam de 60,8%, na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006, a 80,8%. Enquanto isso, dados do software SisPreNatal em um município do sudeste brasileiro, demonstrou que apenas 19,2% das mulheres tiveram seis ou mais consultas de pré-natal + consulta puerperal + todos os exames básicos + teste anti-HIV + imunização contra o tétano.^{8,9} Já estudo realizado no sul do Brasil com 3497 mulheres a prevalência de não retorno pós-parto foi de 23%.⁵ Mulheres com menor escolaridade,^{5,10} com a cor de pele preta,⁵ pertencentes à classe de menor renda,^{5,10} que realizaram o pré-natal no sistema público de saúde, tiveram parto vaginal⁵ ou que residem em área rural¹¹ foram as com maior risco de não retornarem ao serviço de saúde no puerpério.

A baixa ocorrência da revisão puerperal, além de estar associada a uma maior morbi/mortalidade materna e infantil,⁷ aumenta as chances de abandono à amamentação e à não utilização de método anti-concepcional.⁵ No Brasil, poucos estudos abordam o tema puerpério, dado que na maioria dos trabalhos o cuidado recebido pela gestante é avaliado até o momento do parto. Sendo assim, objetivamos com este estudo avaliar a frequência da não consulta de puerpério e os fatores associados em mulheres residentes em município de médio porte no sul do

Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo que verificou a não realização da consulta puerperal de todas as mulheres que tiveram parto entre os meses de maio a setembro de 2016 na cidade do Rio Grande (Rio Grande do Sul, Brasil). Para a entrevista por telefone, foram excluídas as mulheres com dificuldades auditivas ou cognitivas.

O município do Rio Grande fica localizado na planície costeira sul do estado do Rio Grande do Sul. Sua população é de 197.228 habitantes, sendo que 51,8% (102.245) são do sexo feminino, estando 61,4% (62.797) em idade fértil. Segundo dados do IBGE (2010), o município tem o 4º PIB do estado, e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,74.

Para o estudo sobre o retorno puerperal foi realizado cálculo do tamanho da amostra com base na prevalência de não consultas no puerpério encontrada na literatura, que é de aproximadamente 25%,^{5,11} com variação de 20,2%¹¹ a 65,7%.¹² A população considerada foi de 1.132 partos, com erro de mais ou menos quatro pontos percentuais e intervalo de confiança de 95%, acrescidos de 10% para eventuais perdas e 20% para o delineamento, assim totalizando 419 indivíduos. Já para a investigação de fatores associados foi considerada a renda como a variável de maior valor, sendo necessários 567 indivíduos.

A primeira etapa foi realizada na pesquisa Perinatal 2016. A pesquisa Perinatal é um estudo de série temporal que avalia a assistência à gestação e ao parto no município. Para essa pesquisa, foram elegíveis todas as puérperas com os recém-nascidos com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas ou com 20 semanas ou mais de idade gestacional, residentes do município do Rio Grande e com parto ocorrido entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2016. Os entrevistadores visitaram diariamente até as duas maternidades do município e, após identificação da puérpera, realizaram entrevista usando de um questionário único pré-codificado e estruturado. Todas as entrevistas foram aplicadas às mães em até 48 horas após o parto. Ao final de cada dia, os questionários eram codificados e digitados por dois digitadores independentes, sendo a segunda digitação realizada em ordem inversa. A digitação foi realizada com *software* livre *Epidata 3.1*.

Em um segundo momento, as mulheres que tinham sido entrevistadas no Perinatal 2016 foram contatadas por telefone após terem completado 42

dias após o parto, para a aplicação do questionário referente ao estudo do puerpério. No contato telefônico foi solicitada a concordância da puérpera em participar do estudo, sendo aplicado um questionário pré-codificado mediante anuência. Os questionários foram codificados e digitados conforme descrito para a primeira etapa.

Após a conclusão da segunda etapa, foi montado um banco de dados a partir da união dos dados obtidos em cada etapa. As variáveis oriundas do Perinatal 2016 foram: características demográficas (idade no momento do parto, cor da pele autorreferida e estado civil), socioeconômicas (anos de escolaridade, renda familiar e se trabalhou durante a gestação), reprodutivas maternas, presença de comorbidade materna (anemia, depressão, diabetes, infecção urinária e hipertensão gestacional), assistência pré-natal (realização do pré-natal, início e número de consultas pré-natais) e variáveis relacionadas ao parto (tipo de parto, o peso do recém-nascido e forma de pagamento do parto). As variáveis do estudo de puerpério coletadas no segundo momento, foram: dados de identificação (nome, endereço e data do parto), realização de puerpério (se fez consulta de puerpério), anticoncepção (recebeu orientação anticoncepcional, o que está usando ou irá usar) e amamentação (se está amamentando, aleitamento materno exclusivo).

Foi realizada a análise bivariada com cálculo da Razão de Prevalência (RP), intervalos de confiança a 95% e qui-quadrado de Pearson, adotando um valor de significância $p < 0,05$. A análise de fatores associados foi realizada por regressão de Poisson com ajuste conforme um modelo hierárquico de causalidade. O primeiro nível, o mais distal, compreendeu as variáveis demográficas e socioeconômicas. No segundo nível foram incluídas as variáveis obstétricas e de pré-natal. No terceiro nível, o mais proximal, foram incluídas as variáveis relacionadas ao parto, amamentação e anticoncepção. As variáveis foram selecionadas para o modelo final através de método *Backward*. Neste método, as variáveis são colocadas no modelo conforme seu nível hierárquico, e ao final são mantidas aquelas com valor $p \leq 0,20$.

De maio a setembro de 2016 foram registrados 1.132 nascimentos no município do Rio Grande, conforme a pesquisa do perinatal 2016. Após em média 6 tentativas telefônicas de contato com cada puérpera, 572 (50,5%) foram entrevistadas e incluídas neste estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande por meio do parecer nº 86/2016.

Resultados

Das 572 mulheres incluídas no estudo 142 (24,8%) não realizaram consulta de puerpério. Em média, as puérperas tinham 27 anos ($DP \pm 7,9$), 71,5% eram de pele branca e 82,6% viviam com companheiro no momento do parto. Quanto aos dados socioeconômicos, 43,9% tinham nove anos ou mais de escolaridade, com renda média de R\$ 2.939,93 e 50,6% trabalharam durante a gestação. Com relação às variáveis obstétricas e à assistência pré-natal, 50,5% das mulheres eram primíparas e 99,3% realizaram pelo menos uma consulta. O número médio de consultas foi de 8,6 ($DP \pm 2,8$), e 80,9% deram início às consultas ainda no primeiro trimestre de gestação, com 53,9% das assistências realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto ao tipo de parto, 60% dos partos foram realizados por meio de cesariana, com idade gestacional média de 39 semanas de gestação ($DP \pm 2,7$). A média de peso dos recém-nascidos foi de 3.256,6g e 73,4% dos partos foram realizados no SUS (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta também a análise ajustada, na qual se evidenciou que quanto menor a renda (1º tercil $RP = 2,01$ $IC95\% = 1,21-3,33$; 2º tercil $RP = 1,94$ $IC95\% = 1,17-3,20$) e a escolaridade (≤ 8 anos $RP = 2,00$ $IC95\% = 1,24-3,24$), maior o risco de não realizar a consulta de puerpério. As mulheres que apresentaram alguma morbidade durante a gestação tiveram um risco 45% maior de não realizar a consulta de puerpério quando comparadas às hípidas ($RP = 1,45$; $IC95\% = 1,01-2,09$). Quanto ao tipo de serviço utilizado no pré-natal, mulheres que realizaram suas consultas pelo SUS apresentaram uma maior chance de não realizar a consulta de puerpério ($RP = 1,74$; $IC95\% = 1,18-2,58$) quando comparadas às que fizeram acompanhamento particular ou por convênio. Além disso, as puérperas que relataram não fazer uso de métodos contraceptivos tiveram um risco três vezes maior de não se consultarem no pós-parto ($RP = 3,10$; $IC95\% = 1,86-5,16$).

Discussão

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 de desmame precoce. Outro fato importante é que neste momento pode ser reforçado o planejamento familiar, evitando assim a recorrência da gestação precoce.^{1,5,7,13}

A frequência observada de não realização de

Tabela 1

Análises descritiva, bruta e ajustada para fatores associados à não realização da consulta puerperal em município do extremo sul do Brasil, nos meses de maio a setembro de 2016 (N = 572).

Nível	Variáveis	Descrição da amostra		Prevalência de não realização da consulta puerperal (%)	Razões de prevalência (IC95%)	
		n	%		Bruta	Ajustada
1°	Idade materna (anos)				$p=0,187$	$p=0,938$
	12 a 19	81	14,2	29,6	1,43 (0,93-2,18)	1,07 (0,68-1,69)
	20 a 29	274	47,9	26,6	1,28 (0,93-1,78)	1,06 (0,75-1,49)
	30 ou mais	217	37,9	20,7	1,00	1,00
	Cor da pele				$p=0,230$	$p=0,670$
	Branca	409	71,5	23,5	1,00	1,00
	Não branca	163	28,5	28,2	1,20 (0,89-1,62)	0,93 (0,67-1,29)
	Renda familiar (em tercís) (n=523)				$p<0,001^*$	$p=0,009^*$
	Primeiro (menor)	176	33,6	31,8	2,63 (1,63-4,22)	2,01 (1,21-3,33)
	Segundo	190	36,3	27,4	2,26 (1,40-3,66)	1,94 (1,17-3,20)
	Terceiro (maior)	157	30,0	12,1	1,00	1,00
	Escolaridade materna (anos)				$p<0,001^*$	$p=0,002^*$
	1 a 8	166	29,0	36,7	2,71 (1,4-4,23)	2,00 (1,24-3,24)
	9 a 11	251	43,9	23,9	1,76 (1,12-2,78)	1,36 (0,84-2,18)
	12 ou mais	155	27,1	13,5	1,00	1,00
Trabalho durante a gestação				$p<0,001$	$p=0,223$	
Não	282	49,4	31,6	1,72 (1,28-2,32)	1,23 (0,88-1,73)	
Sim	289	50,6	18,3	1,00	1,00	
2°	Paridade				$p=0,058$	$p=0,913$
	1	289	50,5	21,1	1,00	1,00
	2	178	31,1	26,4	1,25 (0,90-1,74)	1,07 (0,74-1,50)
	3 ou mais	105	18,4	32,4	1,53 (1,07-2,19)	1,06 (0,72-1,57)
	Anemia				$p=0,197$	$p=0,177$
	Não			26,4	1,24 (0,89-1,73)	1,28 (0,89-1,85)
	Sim			21,2	1,00	1,00
	Apresentou alguma morbidade na gestação (hipertensão, diabetes, anemia, ITU)				$p=0,117$	$p=0,043$
	Não	215	37,6	20,6	1,00	1,00
	Sim	357	62,4	26,8	1,30 (0,94-1,81)	1,45 (1,01-2,09)
	Trimestre de início das consultas**				$p=0,059$	$p=0,080$
	Primeiro	460	80,9	23,0	1,00	1,00
	Segundo ou terceiro	108	19,0	31,5	1,37 (0,98-1,89)	1,36 (0,96-1,91)
	Número de consultas realizadas**				$p=0,076$	$p=0,821$
	1 a 5	63	11,1	33,3	1,41 (0,96-2,07)	0,94 (0,57-1,57)
6 ou mais	505	88,9	23,6	1,00	1,00	
Tipo de serviço onde realizou pré-natal**				$p<0,001$	$p=0,006$	
Público	307	53,9	33,9	2,41 (1,72-3,37)	1,74 (1,18-2,58)	
Privado	263	46,1	14,1	1,00	1,00	

*Valor p do teste de tendência linear; **Informação disponível para 568 puérperas que realizaram pré-natal; 1°, 2° e 3° níveis hierárquicos da Regressão de Poisson; ITU= infecção do trato urinário.

continua

Tabela 1

conclusão

Análises descritiva, bruta e ajustada para fatores associados à não realização da consulta puerperal em município do extremo sul do Brasil, nos meses de maio a setembro de 2016 (N = 572).

Nível	Variáveis	Descrição da amostra		Prevalência de não realização da consulta puerperal (%)	Razões de prevalência (IC95%)	
		n	%		Bruta	Ajustada
3°	Tipo de parto				$p=0,157$	$p=0,570$
	Vaginal	229	40,0	27,9	1,23 (0,92-1,63)	0,90 (0,63-1,28)
	Cesariana	343	60,0	22,7	1,00	1,00
	Financiamento do parto				$p<0,001$	$p=0,161$
	Público	420	73,4	29,8	2,66 (1,66-4,26)	1,58 (0,83-3,01)
	Privado	152	26,6	11,2	1,00	1,00
	Amamentação				$p=0,246$	$p=0,414$
	Não	217	37,9	22,1	1,00	1,00
	Sim	355	62,1	26,5	1,20 (0,88-1,62)	1,17 (0,80-1,70)
	Uso de método contraceptivo hormonal (n=479)				$p<0,001$	$p<0,001$
	Nenhum	11	2,3	63,6	2,28 (1,38-3,77)	3,10 (1,86-5,16)
	Anticoncepcional oral	278	58,0	20,1	0,72 (0,52-1,01)	1,15 (0,81-1,65)
	Anticoncepcional injetável	190	39,7	27,9	1,00	1,00

*Valor p do teste de tendência linear; **Informação disponível para 568 puérperas que realizaram pré-natal; 1°, 2° e 3° níveis hierárquicos da Regressão de Poisson; ITU= infecção do trato urinário.

consulta puerperal neste estudo foi de 24,8%. Esta taxa se assemelha às encontradas nos poucos estudos sobre o tema no Brasil e em outros países. Em um estudo de base populacional realizado em Pelotas, município vizinho a Rio Grande, incluindo 3.497 mulheres, observou-se que 23% da população pesquisada não realizou a consulta de puerpério.⁵ Em outros países como Marrocos, em uma pesquisa envolvendo 1.530 mulheres, um quinto não obteve consulta puerperal,¹⁰ enquanto na China esta proporção foi de 20,2% dentre 347 entrevistadas.¹¹ Apesar da cobertura de pré-natal no Brasil ter aumentado nos últimos anos chegando a 98,7%,⁸ a cobertura puerperal ainda necessita de uma maior atenção e estímulo e/ou de políticas públicas que promovam a importância do retorno no pós-parto, pois a mulher, por estar com sua atenção absorvida ao recém-nascido, muitas vezes esquece de seus próprios cuidados.

No presente estudo observamos uma tendência linear em relação à renda e à escolaridade. Mulheres pertencentes ao primeiro (menor) e ao segundo tercil de renda apresentaram duas vezes mais chances de não realizar a consulta puerperal quando comparadas às do terceiro tercil (maior). Também constatamos que, quanto menor a escolaridade, maior o risco de não se consultar no pós-parto, sendo que as mulheres

com até oito anos de estudo apresentaram duas vezes mais chances de não se consultarem no puerpério quando comparadas as com 12 ou mais anos de estudo. Outras pesquisas referentes ao uso da assistência pós-parto também observaram que mulheres mais pobres e com menor nível de escolaridade foram as mais propensas a não receber atenção no pós-parto.^{5,10} Esse fato é extremamente preocupante, pois estas mulheres são, muitas vezes, as que mais têm dúvidas e dificuldades em relação à amamentação e à anticoncepção, o que expõe o recém-nascido a um elevado risco de desmame precoce e a mulher à gravidez não planejada.

Além da iniquidade observada na renda e na escolaridade, também constatamos que as mulheres que realizaram seu acompanhamento pré-natal através do SUS apresentaram um risco 74% maior de não realizar a consulta de puerpério quando comparadas àquelas do sistema privado. Infere-se que, apesar das políticas públicas considerarem os cuidados com a gestante efetivamente concluídos somente com a revisão puerperal, a conscientização da importância desta consulta não vem sendo realizada no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em estudo realizado com dados do SisPreNatal, que avaliou o cumprimento da rotina pré-natal de 1.498 gestantes, foi observado que

apenas 19,5% delas conseguiram cumprir todas as etapas obrigatórias do cuidado à gestante, permanecendo mais da metade das mulheres sem assistência de puerpério.⁹ Gostaríamos de ressaltar que a importância do retorno puerperal deve ser considerada desde o pré-natal, e não se deixando para que seja abordado apenas na alta da maternidade. Afinal, este é um momento em que a mãe recebe muitas informações relativas à saúde do recém-nascido, que muitas vezes são priorizadas em detrimento das informações a respeito de sua própria saúde.

Mulheres que informaram não fazer uso de nenhum método contraceptivo apresentaram três vezes mais chances de não realizar a consulta de puerpério. Este é um dado particularmente alarmante, uma vez que centros cientificamente respeitáveis como o Departamento de Saúde dos Estados Unidos – Gabinete de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde orienta que o intervalo interpartal seja de pelo menos dois anos para garantir um menor risco de morbi-mortalidade materno-infantil.¹³ No Brasil, o Caderno de Atenção Básica, que aborda o pré-natal de baixo risco, orienta que o planejamento familiar deve ser discutido com a mulher ainda no pré-natal, oferecendo a ela diversos métodos de anticoncepção, pois a partir do 20º dia após o parto esta pode já apresentar condições de retornar à vida sexual ativa.² Além disso, neste estudo observamos que justamente as mulheres com menor escolaridade e menor renda estão no grupo de menor retorno puerperal, apresentando maior risco de uma nova gravidez não planejada.

A consulta de puerpério é um momento único de realização de intervenções capazes de promover a saúde materno-infantil. Porém, os achados deste estudo demonstraram haver iniquidade na ocorrência da não consulta de puerpério, o que pode interferir diretamente na saúde do binômio mãe-bebê a curto e longo prazo. Ressaltamos que as mulheres com menor escolaridade, com menor renda, que realizaram o pré-natal no SUS e que não estavam usando anticoncepcional tiveram maior risco de não realizarem o retorno puerperal. Essas mulheres são justamente o grupo de maior vulnerabilidade social a ter uma gravidez precoce indesejada. Acreditamos que esse quadro possa ser melhorado com o emprego de uma melhor abordagem sobre a importância da consulta puerperal durante o pré-natal, e que a atenção sobre o assunto faça parte das consultas e dos temas apresentados nas salas de espera e cursos de gestantes das UBS.

As mulheres com alguma comorbidade (infecção

urinária, hipertensão, diabetes e anemia) durante o período pré-natal tiveram um retorno puerperal 45% menor que as mulheres híginas durante a gestação. Esse fato corrobora a falta de incentivo ou até mesmo de esclarecimento acerca da importância do retorno pós-parto na consulta pré-natal. O grupo menos assistido precisamente o mais vulnerável a agravos à saúde em decorrência da presença de patologias durante a gestação, estando sujeito à piora ou desenvolvimento de outras intercorrências a longo prazo. Confirmando a relevância da consulta no pós-parto, um estudo com 4.875 mulheres indianas examinadas durante a primeira semana do pós-parto observou que 7,4% delas apresentavam anemia severa e 46% anemia moderada, sendo que o risco de morte foi detectado em 7,6% das puérperas.¹⁴

É importante ressaltar o fato das gestantes portadoras de comorbidades terem tido um retorno menor ao puerpério. É sabido que as patologias devem ser avaliadas no pós-parto, pois muitas podem permanecer como portadoras crônicas de complicações que podem aumentar em gravidade.¹⁵ A anemia é uma das complicações pós-parto mais frequentes entre as puérperas, e muitas vezes é associada ao cansaço e à dificuldade de cuidado com o recém-nascido.^{14,15} Portanto, chamamos a atenção aos prenatalistas de alto risco e às maternidades de referência para este grupo de gestantes, pois estas puérperas são as que precisam de maior atenção e compreensão acerca da importância do acompanhamento puerperal.

Embora nesta pesquisa não tenhamos coletado dados sobre o local de residência da mulher e a presença de Unidade Básica de Saúde da Família, ressaltamos que 61% do município apresenta cobertura desse serviço. Uma característica dessa região é que a área central apresenta a menor cobertura de Unidade de Saúde da Família (USF), no entanto é área de melhor poder aquisitivo que provavelmente usa a saúde complementar. A periferia da cidade, que apresenta a maior cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), é onde ficam as mulheres de menor renda e escolaridade. Portanto acreditamos que essas mulheres pertençam às áreas de presença de agentes comunitários de saúde (ACS). Uma hipótese que pode ser discutida é de que, esses ACS em relação à saúde materno-infantil, tenham um olhar mais atento à cobertura de pré-natal e puericultura. Uma medida que pode ser relevante seria realizar a consulta puerperal no mesmo dia da consulta de puericultura, facilitando a rotina da mulher.

Concluimos que a revisão puerperal não parece estar sendo valorizada no pré-natal. Além disso iden-

tificou-se importante iniquidade na prestação desse serviço, pois as mulheres de menor renda, e 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 puerperal.

Sugere-se uma maior atenção às condutas já previstas nas políticas vigentes para o pré-natal, parto e puerpério, onde a visita domiciliar é recomendada durante a primeira semana do pós-parto. Essa visita tem como objetivo monitorar a mulher e a criança a fim de orientar sobre os cuidados adequados e identificar possíveis fatores de risco para a realização dos encaminhamentos.^{3,7} Ressalta-se ainda o importante trabalho dos agentes comunitários de saúde na identificação das gestantes das áreas de cada equipe de saúde da família, assim como a atuação dos enfermeiros na orientação e acompanhamento dessas gestantes e puérperas, a fim de promoverem a saúde dessa população. Talvez a busca ativa dessas mulheres seja a única forma de diminuir a iniquidade encontrada neste estudo e, para isso ocorrer, o agente comunitário e o enfermeiro precisam estar atentos às gestantes de sua área. Estudos realizados em outros países, com mulheres que receberam visitas domiciliares no período puerperal, observaram maior ocorrência de

cuidado apropriado e maior satisfação das mulheres.^{11,16-19} Na Inglaterra, país do Reino Unido e com sistema de saúde universal, o acompanhamento de 2568 mulheres no período gravídico-puerperal, que prevê visitas até o 28º após o parto, demonstrou resultados positivos para grupos socialmente desfavorecidos.¹⁹

Dentre as limitações do estudo, foram encontradas dificuldades no rastreamento das participantes devido a mudanças de número telefônico e/ou perda do contato pelos investigadores, o que pode ter sido fonte de viés de seleção. Mesmo que o contato por telefone represente um método simples e praticamente universal, a mudança de número telefônico é um fato comum, assim como o repasse de números incorretos ou a ocorrência de linhas bloqueadas, sendo essas dificuldades enfrentadas por outros estudos.^{20,21} Outra limitação se refere à validação dos dados colhidos por entrevistas, principalmente aqueles que dependem da memória e da cooperação da informante. Finalmente, há a possibilidade de viés recordatório, visto que algumas mães podem ter esquecido ou omitido dados. Entretanto, muitas pesquisas que avaliam a assistência pré-natal são realizadas com informações a partir de relatos.^{22,23}

Referências

1. Santos FAPS, Brito RS, Mazzo MHSN. Puerpério e revisão pós-parto-significados atribuídos pela puérpera. *Rev Min Enferm.* 2013; 17 (4): 859-63.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF; 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Mulher: princípios e diretrizes 1ª edição, 2ª reimpressão, Brasília, DF. 2011. [acesso em 07 dez 2015]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>
4. 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. [acesso em 07 dez 2015]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>
5. Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF, Domingues MR, Barros AJ, Marco PL, Barros F. Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 Pelotas cohort study. *BMC Public Health.* 2009; 9 (335): 1-10.
6. Batista KBC, Lago TDG, Lavras C. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; 2010.
7. Nawal D, Goli S. Birth preparedness and its effect on place of delivery and post-natal check-ups in Nepal. *PLoS One.* 2013; 8 (5): e60957.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF. 2009. [acesso em 07 dez 2015]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf> .
9. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sis prenatal as a tool for evaluating quality of prenatal care. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45 (5): 1-9.
10. Assarag B, Dubourg D, Maaroufi A, Dujardin B, Brouwere V. Maternal postpartum morbidity in Marrakech: what women feel what doctors diagnose?. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13 (225): 1-8.
11. Xiang Y, Xiong J, Tian M, Yuan F, Feng Z. Factors influencing the utilization of postpartum visits among rural women in China. *J Huazhong Univ Sci Tech Med Sci.* 2014; 34 (6): 869-74.
12. Rahman M, Haque S, Zanan S. Factors affecting the utilization of postpartum care among young mothers in

- Bangladesh. Health and Social Care in the Community. 2011; 19 (2): 138-47.
13. Cha S, Chapman D, Wan W, Burton CW, Masho SW. Discordance pregnant intentions in couples and rapid repeat pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214 (4): 494.e1-e12.
 14. Iyengar K, Yadav K, Sen RS. Early postpartum maternal morbidity among rural women of Rajasthan, India: a community-based study. *J Health Popul Nutr.* 2012; 30 (2): 213-25.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico.* 5 ed. Brasília, DF; 2012. [acesso em 07 dez 2015]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>.
 16. Furnieles-Paterna E, Hoyuelos-Cámara H, Montiano-Ruiz I, Peñalver-Julve N, Fitera-Lamas L. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof.* 2011; 12 (3): 65-73.
 17. Tsai PJS, Nakashima L, Yanamoto J, Ngo L, Kaneshiro B. Postpartum follow-up rates before and after the postpartum follow-up initiative at Queen Emma Clinic. *Hawaii Med J.* 2011; 70 (3): 56-9.
 18. Olds DL, Kitzman H, Knudtson MD, Anson E, Smith JA, Cole R. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2014; 168 (9): 800-6.
 19. Homer CS, Leap N, Edwards N, Sandall J. Midwifery continuity of care in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997–2009). *Midwifery.* 2017; 48: 1-10.
 20. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 96 (3): 233-9.
 21. Martins EJ, Giugliani ERJ. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? *J Pediatr (Rio J).* 2012, 88 (1): 67-73.
 22. Santos Neto ET, Leal MC, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN. Concordância entre informações do cartão da gestante e da memória materna sobre assistência do pré-natal. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28 (2): 256-66.
 23. Zanchi M, Gonçalves CV, Cesar JA, Dumith SC. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29 (5): 1019-28.

Recebido em 2 de Janeiro de 2018

Versão final apresentada em 14 de Junho 2018

Aprovado em 30 de Novembro de 2018