



## Implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária no Sul do Brasil

Tatiane Baratieri <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0270-6395>

Sonia Natal <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6155-4785>

<sup>1</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual do Centro-Oeste. Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838. Bairro Vila Carli. Guarapuava, PR, Brasil. CEP: 85.040-167. E-mail: baratieri.tatiane@gmail.com

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. PR, Brasil. Florianópolis, PR, Brasil

### Resumo

*Objetivos:* determinar o grau de implantação e analisar aspectos favoráveis e desfavoráveis à operacionalização da assistência às mulheres no pós-parto na atenção primária.

*Métodos:* estudo avaliativo do tipo normativo, realizado por estudo de casos múltiplos em três municípios dos Estados do Sul/Brasil, com coleta de dados primários e secundários. O grau de implantação (classificação: satisfatório, parcial, incipiente e crítico) foi determinado pela Matriz de Análise e Julgamento composta pelas dimensões gestão e execução, e respectivas subdimensões. Realizou-se análise temática e imbricada dos Casos.

*Resultados:* a assistência pós-parto estava com implantação incipiente na dimensão gestão para todos os Casos, com maior grau de implantação para a subdimensão “mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade” (parcial). Na dimensão execução o Caso 3 teve implantação parcial, e os demais incipiente. A subdimensão aleitamento materno teve maior grau de implantação para todos os Casos, e as subdimensões longitudinalidade, saúde mental e planejamento reprodutivo tiveram menor grau de implantação. A assistência a violência doméstica e saúde mental ocorreram de forma assistemática, e o planejamento reprodutivo focou em métodos contraceptivos hormonais.

*Conclusão:* a gestão não oportuniza condições ideais para atuação dos profissionais da assistência, e na dimensão execução não são incorporadas as principais necessidades de saúde das mulheres na prática assistencial.

**Palavras-chave** Atenção primária à saúde, Período pós-parto, Saúde das mulheres, Avaliação em saúde



## Introdução

Em 2017, ocorreram 295.000 mortes maternas em todo o mundo, correspondendo a 211 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos. Nas Américas essa taxa foi de 57 e no Brasil de 60 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos, destas, a maioria ocorreu nos primeiros 42 dias após o parto.<sup>1</sup>

Além da mortalidade, o pós-parto é um período crítico na vida das mulheres, pois elas vivenciam diversas alterações físicas, emocionais e sociais, sendo que a maioria passa por alguma situação como hemorragia, infecção, dores (abdominal, perineal e costas), cefaleia, tromboembolismo, complicações do trato urinário, dificuldades para amamentar, conflitos familiares, violência doméstica, problemas sexuais, e de saúde mental.<sup>2-4</sup> Estes podem ser de transição curta ou persistirem por anos após o parto, de modo que quanto mais precoce for a assistência às necessidades das mulheres, melhor será a prevenção e resolução desses problemas.<sup>5,6</sup>

A redução da morbimortalidade materna depende da garantia de acesso a cuidados de qualidade durante o pré-natal, parto e pós-parto,<sup>1</sup> entretanto, em geral, os cuidados pós-parto são negligenciados por profissionais de saúde e instituições.<sup>7</sup> Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS), por ser principal responsável pelo acompanhamento pós-parto, estar mais próxima às mulheres, ser a porta de entrada prioritária do sistema de saúde e ordenadora da rede de atenção à saúde deve ter as condições ideais para prestar essa assistência com qualidade.<sup>2,7,8</sup>

Para tanto, é preciso integrar a APS aos demais pontos da rede de atenção à saúde,<sup>9</sup> sendo a gestão municipal de saúde a principal responsável por essa organização, viabilizando para que os profissionais da APS prestem um cuidado integral.<sup>2,10</sup>

A compreensão do funcionamento da gestão municipal de saúde e das ações desenvolvidas às mulheres na APS é fundamental para identificar o quanto a assistência pós-parto está operacionalizada, e isso é possível por meio de uma análise de implantação,<sup>11</sup> foco do presente estudo, o qual se justifica por: escassez de estudos avaliativos para além de aspectos normativos e assistenciais, ou de “recortes” do programa;<sup>12</sup> ser uma assistência ainda negligenciada pelas políticas públicas, serviços e profissionais de saúde;<sup>7</sup> elevada morbimortalidade das mulheres no pós-parto;<sup>2-4</sup> e necessidade de identificar a operacionalização da assistência pós-parto, indicando seus aspectos favoráveis e desfavoráveis, o que permite aprimorar o programa. Objetivou-se determinar o grau de implantação e analisar aspectos favoráveis e desfavoráveis à operacionalização da assistência às mulheres no pós-parto na APS em três municípios da região sul do Brasil.

## Métodos

Trata-se de um estudo normativo do tipo normativo, em que se abordou o grau de implantação da assistência pós-parto na APS e analisou aspectos favoráveis e desfavoráveis à operacionalização da intervenção,<sup>11</sup> o qual foi realizado de fevereiro a junho de 2019, com abordagem quantitativa e qualitativa.<sup>13</sup> Desenvolveu-se por meio de um estudo de Casos múltiplos<sup>14,15</sup> respondendo a seguinte questão de pesquisa: Como está implantada a assistência às mulheres no pós-parto na APS?

Os Casos selecionados foram um município de cada estado da Região Sul do Brasil, sendo denominados Caso 1, Caso 2 e Caso 3, conforme os seguintes critérios de inclusão: mais de 100.000 habitantes por, em sua maioria, apresentarem características favoráveis para a gestão em saúde;<sup>16</sup> cobertura de APS maior do que 80%; mais de 80% das equipes de saúde inscritas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); mais de 80% das equipes com avaliação “ótimo”, “muito bom” e “bom” no PMAQ. Quando mais de um município atingiu os critérios de inclusão, solicitou-se aos profissionais da área técnica de APS e saúde das mulheres, das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, para escolha do melhor Caso.

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

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

Participaram do estudo seis gestores (1 Caso 1; 3 Caso 2; 2 Caso 3), quatro médicos (1 Caso 1; 1 Caso 2; 2 Caso 3), 4 enfermeiros (1 Caso 1; 1 Caso 2; 2 Caso 3), dois técnicos em enfermagem (1 Caso 1, 1 Caso 2), 18 agentes comunitários de saúde (6 Caso 1; 9 Caso 2; 3 Caso 3) e 31 puérperas (10 Caso 1, 11 Caso 2 e 10 Caso 3).

Foi excluído um técnico em enfermagem do Caso 3 que estava de férias, seis puérperas se recusaram a participar e três não foi possível contato.

Foram coletados dados primários e secundários. A coleta de dados primários se deu por meio de entrevista aos informantes selecionados, em cada unidade de análise, com roteiro semiestruturado. As entrevistas foram agendadas junto aos profissionais em seus respectivos ambientes de trabalho e, as mulheres escolheram a unidade de saúde ou o domicílio. Os dados secundários foram coletados por meio de análise de prontuários das puérperas selecionadas, análise documental (documentos municipais: Programação Anual de Saúde, protocolos, normas técnicas etc.), microdados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ, e sistemas de informação do Departamento de Informática do SUS. Os instrumentos de coleta foram elaborados a partir da teoria do programa de assistência pós-parto às mulheres na APS.<sup>17</sup> Realizou-se um estudo de Caso piloto junto a um município que não fez parte do estudo.<sup>14</sup>

Foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), composta por dimensões e subdimensões,<sup>13</sup> definidas por meio da Teoria do Programa<sup>17</sup> e validada pela técnica de conferência de consenso<sup>18</sup> junto a especialistas da área e *stakeholders* (interessados na avaliação) sendo: quatro mulheres representantes de movimento de mulheres, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e três profissionais com experiência na assistência na APS.

A MAJ foi utilizada para determinar o grau de implantação da assistência pós-parto e para identificar os fatores que explicam os diferentes graus de implantação. Foi composta por duas dimensões de análise, gestão e execução, desagregadas por três (recursos financeiros materiais e físicos; recursos humanos; e mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade) e sete (longitudinalidade; acesso; saúde física; saúde mental; violência doméstica; aleitamento materno; e planejamento reprodutivo) subdimensões, respectivamente. Cada subdimensão tem uma pontuação máxima, distribuída entre os critérios/indicadores que a compõem.

A proporção do somatório dos pontos observados (PO) nas dimensões/subdimensões em relação à pontuação esperada (PE), determinou o julgamento de valor para o grau de implantação:  $GI$  (grau de implantação) =  $(\sum PO / \sum PE) \times 100$ . As proporções foram estratificadas em quartis para a classificação do Grau de Implantação, a saber: implantação satisfatória (76% a 100%); implantação parcial (51% a 75%); implantação incipiente (26% a 50%); e implantação crítica (abaixo de 26%).<sup>19</sup>

A análise individual dos Casos foi realizada por meio da análise temática<sup>20</sup> com triangulação dos dados

de distintas fontes de evidências,<sup>14,15</sup> utilizando-se uma lista pré-definida de códigos<sup>20</sup> de acordo com a MAJ, com auxílio do *software NVivo* versão 11. A partir da análise temática, foi realizado o julgamento de valor com base no rationale<sup>13</sup> de cada critério/indicador e debatida entre as autoras para atribuição da pontuação em cada Caso. Para a análise imbricada,<sup>15</sup> realizou-se o exame minucioso das dimensões e subdimensões, verificando as convergências, divergências, aspectos favoráveis e desfavoráveis entre elas.

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

## Resultados

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

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

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

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

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

Na Tabela 3 estão apresentadas as especificidades de cada Caso analisado em relação aos aspectos favoráveis e desfavoráveis da implantação da assistência pós-parto na dimensão gestão.

Tabela 1

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

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

PE= Pontuação esperada; PO = Pontuação observada; GI = Grau de implantação (Implantação satisfatória: 76% a 100%; implantação parcial: 51% a 75%; implantação incipiente: 26% a 50%; e implantação crítica: abaixo de 26%).<sup>19</sup>

Tabela 2

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

Sub dimensão	Critério ou indicador	PE	PO Caso 1	PO Caso 2	PO Caso 3
Recursos financeiros, materiais e físicos (10 pontos)	Ações para saúde das mulheres no pós-parto contemplados na Programação Anual de Saúde e executadas no último ano	2	0	0	0
	Execução do recurso de repasse estadual e federal destinado a APS no último ano.	2	2	0	2
	Disponibilidade de equipamentos essenciais nas UBSs	1	0	1	0
	Disponibilidade de contraceptivos nas UBSs	1	0	0	0
	Disponibilidade de medicamentos essenciais para puérperas nas UBSs	1	1	0	0
	Disponibilidade de materiais para coleta de citopatológico e exame ginecológico em puérperas nas UBSs	1	1	1	1
	Adequação de espaço físico: espaços adequados para espera, atendimento clínico e educativo	1	0	0	0
	Adequação de espaço físico: espaços adequados para pessoas com deficiência	1	0	0	0
	GI = ( $\Sigma PO / \Sigma PE * 100$ )	100%	40%	20%	30%
Recursos humanos (10 pontos)	Cobertura de atenção primária	2	1	2	1
	Equipes de Estratégia Saúde da Família	2	0	2	0
	Qualificação profissional: Profissionais (médicos e enfermeiros) que participaram de cursos/reuniões/ações educativas de atualização sobre saúde das mulheres no último ano	2	0	1	2
	Qualificação profissional: Profissionais (médicos e enfermeiros) que participaram de cursos/reuniões/ações educativas de atualização sobre atenção pós-parto no último ano	2	0	0	0
	Protocolo e/ou diretrizes clínicas para atenção à saúde das mulheres que incluam atenção pós-parto implantados formalmente e disponíveis para uso dos profissionais de saúde	2	0	1	0
	GI = ( $\Sigma PO / \Sigma PE * 100$ )	100%	10%	60%	30%
Mecanismos para coordenação do cuidado e intersectorialidade (10 pontos)	Existência de mecanismos de referência e contrarreferência entre os diferentes pontos de atenção	1	1	1	1
	Monitoramento de indicadores sobre a assistência pós-parto	1	1	0	0
	Agendamento da primeira consulta pós-parto	2	1	2	1
	Acesso da puérpera a outros pontos de atenção (quando necessário) disponível e facilitado (Centro de Atenção Psicossocial/Hospital/Unidades de Pronto Atendimento) por meio de rede e fluxos formalizados	1	1	1	1
	Acesso a serviço de referência para realização de laqueadura tubária e vasectomia em tempo oportuno (60 dias)	1	0	0	0
	Atenção especializada: As equipes de AB recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de Casos considerados complexos	1	1	1	1
	Atenção especializada: Acesso a especialista psiquiatra em tempo oportuno - menos de 30 dias	1	0	0,5	0
	Assiduidade do gestor ou seu representante nas reuniões da Comissão Intergestora Regional no último ano	1	1	1	1
	Atuação articulada da APS com outros setores da sociedade por meio de rede e fluxos formalizados/implantados	1	0,5	0,5	0
	GI = ( $\Sigma PO / \Sigma PE * 100$ )	100%	65%	70%	50%

APS = Atenção Primária à Saúde; UBS = Unidade Básica de Saúde; PE = Pontuação esperada; PO = Pontuação observada; GI = Grau de implantação (Implantação satisfatória: 76% a 100%; implantação parcial: 51% a 75%; implantação incipiente: 26% a 50%; e implantação crítica: abaixo de 26%).<sup>19</sup>

**Tabela 3**

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

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

ESF = Estratégia de Saúde da Família.

Em relação aos aspectos favoráveis destaca-se que os Casos 1 e 2 possuem articulação com assistência social, entretanto apenas para situações específicas (moradores de rua – Caso 2, e violência contra as mulheres e crianças – Caso 1), indicando necessidade de aprimoramento da atuação intersetorial para todos os casos.

O Caso 1 merece destaque pela qualidade dos registros, com prontuário eletrônico integrado em toda rede municipal, o que viabiliza a continuidade dos cuidados. Além disso, esse caso realizava o monitoramento do indicador de consulta até 42 dias pós-parto, apesar deste não ser um indicador contido na Programação Anual de Saúde.

O Caso 2 era o único que possuía protocolo clínico para atenção pós-parto, entretanto apenas para atuação do enfermeiro, evidenciando que os três Casos necessitam aprimoramento nesse aspecto. Além disso, o Caso 2 tinha boa articulação com a maternidade de referência, o que viabilizava que as mulheres saíssem do hospital já com a consulta pós-parto agendada.

Em relação ao Caso 3, é importante ressaltar sua preocupação com a educação permanente dos profissionais, sendo que essa faz parte do cotidiano das equipes de atenção básica, com espaço para discussões em reuniões de equipe e com núcleo de educação permanente instituído no município, o que permite o constante aprimoramento profissional de acordo com as necessidades desses.

No que se refere aos aspectos desfavoráveis destaca-se a falta de Educação Permanente (Casos 1 e 2), a baixa cobertura de ESF que seria fundamental para fortalecimento da APS, e a falta de acesso ao psiquiatra em tempo oportuno, o que dificulta a resolutividade e

continuidade dos cuidados na APS para as mulheres com depressão pós-parto (Casos 1 e 3).

A Tabela 4 apresenta a MAJ da dimensão execução e suas respectivas subdimensões.

A subdimensão “longitudinalidade” teve implantação crítica para os Casos 1 e 2, e incipiente para o Caso 3. As principais fragilidades dos três Casos foram em relação a falta de: uso de protocolos clínicos, atenção no puerpério remoto e plano de cuidados pós-parto. Os Casos 1 e 2 tiveram 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 e 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 teve 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

Tabela 4

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

Sub dimensão	Critério ou indicador	PE	PO 1	PO 2	PO 3
Longitudinalidade (5 pontos)	Envolvimento de famílias e ou companheiros(as) no cuidado às mulheres desde o pré-natal até o pós-parto	1	0,25	0	1
	Estabelecimento do cuidado ao longo do tempo	1	0,5	0,8	0,7
	Realização de plano de cuidado pós-parto	1	0	0	0,2
	Continuidade do cuidado no puerpério remoto	1	0,4	0	0,2
	Uso de protocolos/diretrizes clínicas para atenção às mulheres no pós-parto	1	0	0	0
	GI = $(\sum PO / \sum PE * 100)$	100%	23%	16%	42%
Acesso (5 pontos)	Acolhimento à demanda espontânea	1	1	1	1
	Gestantes acompanhadas no pré-natal**	1	0	0	0
	Realização de visita domiciliar na primeira semana	1	0	0	1
	Realização de consultas pós-parto	1	0,3	0,3	0,7
	Busca ativa de mulheres faltosas na consulta pós-parto	1	1	1	1
	GI = $(\sum PO / \sum PE * 100)$	100%	46%	46%	74%
Saúde física (5 pontos)	Investigação sobre intercorrências/ agravos no pré-natal e parto e intervenção para continuidade do cuidado quando necessário	1	0,8	0,2	0,5
	Orientação, prevenção, identificação e intervenção sobre os problemas comuns no pós-parto, conforme necessidades	1	0,4	0,2	0,5
	Orientação, identificação e intervenção sobre os sinais de alerta no pós-parto, conforme necessidades	1	0,4	0	0,4
	Aconselhamento sobre nutrição/higiene/atividade física	1	0,4	0,5	0,5
	Suplementação de ferro 3 meses pós-parto	1	1	1	1
	GI = $(\sum PO / \sum PE * 100)$	100%	60%	38%	58%
Saúde mental (5 pontos)	Investigação sobre suporte familiar e social durante o pré-natal e no pós-parto	1	0,4	0,2	0,7
	Investigação sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto	1	0,8	0,4	0,6
	Investigação sobre estado emocional durante pós-parto	1	0,2	0,2	0,5
	Orientações sobre alterações emocionais comuns no pós-parto	1	0	0	0,5
	Aplicação de escala para diagnóstico de DPP ao identificar sinais de alerta	1	0	0	0
	GI = $(\sum PO / \sum PE * 100)$	100%	28%	16%	46%
Violência doméstica (5 pontos)	Orientação sobre violência doméstica	1,5	0,2	0,2	0,5
	Identificação e atenção às mulheres em situação de violência doméstica	2	0,8	0,8	1,5
	Notificação de Casos de violência doméstica	1,5	0,5	0	0,75
	GI = $(\sum PO / \sum PE * 100)$	100%	30%	20%	55%
Aleitamento materno (5 pontos)	Recomendação e promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses	2	1	1	1,5
	Prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação	2	1,2	0,6	1,7
	A terapêutica medicamentosa (quando houver) é revisada, com atenção às contraindicações devido ao AM.	1	1	1	1
	GI = $(\sum PO / \sum PE * 100)$	100%	64%	52%	84%
Planejamento reprodutivo (5 pontos)	Realização de aconselhamento sobre saúde sexual	1,7	0,3	0,3	0,6
	Recomendação e orientação sobre direitos e planejamento reprodutivo	1,7	0,8	0,25	1
	Envolvimento do(a) parceiro(a), quando houver, no planejamento reprodutivo.	1,6	0,2	0	0,4
	GI = $(\sum PO / \sum PE * 100)$	100%	26%	11%	40%

DPP = Depressão pós-parto; PE = Pontuação esperada; PO = Pontuação observada; GI = Grau de implantação (Implantação satisfatória: 76% a 100%; implantação parcial: 51% a 75%; implantação incipiente: 26% a 50%; e implantação crítica: abaixo de 26%).<sup>19</sup> \*\*Dados para cálculo do indicador não disponíveis nas UBS's. Utilizados dados do município.

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

**Tabela 5**

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

Casos(s)	Aspectos favoráveis	Aspectos desfavoráveis
1, 2 e 3	Estímulo ao aleitamento materno; Suplementação com sulfato ferroso;	Falta uso de protocolo clínico; Falta de atenção no puerpério remoto e plano de cuidados pós-parto; Baixa cobertura de consultas pré-natal e pós-parto; Atenção aos problemas comuns baseada na queixa; Falta rotina de atenção à saúde mental no pós-parto; Falta rotina de atenção à violência doméstica; Planejamento reprodutivo com foco no uso de métodos contraceptivos hormonais;
1 e 2	-	Falta rotina de discussão de Casos clínicos em reunião de equipe; Baixa cobertura de visita domiciliar na primeira semana pós-parto; Falta envolvimento de famílias/companheiros(as) no cuidado;
1 e 3	Institucionalização da consulta pós-parto nos primeiros 10 dias;	-
2 e 3	-	Dificuldades de prestar continuidade dos cuidados a situações ocorridas no pré-natal e parto;
1	Médica especialista em saúde da família. Médica aproveita encontros de acompanhamento das crianças para assistir às mulheres no puerpério remoto. Preconizado duas consultas pós-parto. Médica demonstra preocupação com a atenção integral à saúde das mulheres. Programa Municipal de incentivo ao aleitamento materno.	Aspectos de boa qualidade da atenção pós-parto está relacionada ao perfil de atendimento da médica, não sendo uma prática de toda equipe.
2	Equipe sempre disponível para as mulheres no acolhimento à demanda espontânea. Espaço para amamentação. ACSs tem formulário para visita domiciliar pós-parto.	Primeira consulta, em geral, ocorre depois de 30 dias pós-parto. Falta consulta pós-parto de enfermagem.
3	Unidade de saúde com acolhimento de acesso avançado. Alinhamento entre o atendimento das diferentes profissionais; Reunião de equipe com discussão de Casos; Educação permanente. Equipe procura envolver famílias/companheiros(as) no cuidado. Grupo de gestantes. Médicas e enfermeiras especialistas em saúde da família. Médicas e enfermeiras demonstram preocupação com a atenção integral à saúde	-

ACS = Agente comunitário de saúde.

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.

Na Tabela 5 estão descritos os aspectos favoráveis e desfavoráveis da implantação da assistência pós-parto em relação a dimensão execução.

Quanto aos aspectos favoráveis destaca-se o Caso 3, que obteve o maior grau de implantação, especialmente por ter implantado na unidade de saúde o acolhimento de acesso avançado, ter uma equipe especialista em saúde da família e com alinhamento entre as ações e preocupação com a assistência integral às mulheres e envolvimento das famílias/companheiros (as) no cuidado, realizar discussão de casos, ter a Educação Permanente presente no cotidiano de trabalho e realizar grupo de gestantes.

No Caso 1, a profissional médica tinha perfil semelhante a equipe do Caso 3, o que favoreceu em ambos a avaliação positiva de alguns critérios/indicadores. Além disso, essa profissional aproveitava encontros de acompanhamento das crianças para assistência às mulheres no puerpério remoto. Ressalta-se que se considerou um aspecto desfavorável a qualidade da assistência pós-parto por estar centrada no perfil de uma única profissional, e não ser uma prática institucionalizada.

Para os Casos 1 e 3 é válido ressaltar a institucionalização da consulta pós-parto nos primeiros 10 dias, período esse de fundamental importância para identificar as necessidades de saúde das mulheres em tempo oportuno, tendo esse aspecto favorecido, em ambos os casos, melhor implantação das subdimensões saúde física e aleitamento materno.

No que se refere aos aspectos desfavoráveis, destaca-se o Caso 2 que realiza a primeira consulta apenas por profissional de medicina, em geral, depois de 30 dias pós-parto.

A falta de uso de protocolo clínico, baixa cobertura de consultas pré-natal e pós-parto, atenção aos problemas comuns baseada na queixa, falta rotina de atenção à saúde mental e violência doméstica no pós-parto e assistência ao planejamento reprodutivo com foco no uso de métodos contraceptivos hormonais foram considerados aspectos desfavoráveis para os três Casos.

## Discussão

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

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

Sobre os recursos materiais e físicos o presente estudo encontrou dados semelhantes à literatura.<sup>21</sup> Destaca-se a falta de acesso em tempo oportuno a métodos contraceptivos de longa duração. Tais aspectos tem impacto direto na atuação dos profissionais da APS, que não conseguem oferecer assistência integral e adequado planejamento reprodutivo, permitindo às mulheres e companheiros(as) diferentes opções de escolha.<sup>10,22</sup>

Apesar dos movimentos ao longo dos anos no Brasil para instituir uma atenção integral à saúde das mulheres, percebe-se que o foco da organização das ações ainda está no componente materno-infantil e reprodutivo.<sup>12</sup> Para superar esse quadro, é fundamental a implantação de mecanismos que incentivem a qualificação dos profissionais na rotina dos serviços de atenção básica.<sup>9,23</sup>

No Caso 3 há uma preocupação constante com a qualificação profissional, oferecendo espaços contínuos para educação permanente, porém, nenhum dos Casos promoveu atualizações específicas sobre pós-parto.

Outra forma de qualificar a assistência se dá pelo uso de diretrizes clínicas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.<sup>9,24</sup> Entretanto, apenas o Caso 2 estava em processo de implantação de um protocolo clínico para enfermeiros que incluía atenção pós-parto.

A subdimensão “mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade” teve maior grau de implantação para os três Casos. Destaca-se que o Caso 1 teve como aspecto favorável o monitoramento de indicadores de consultas pós-parto, que pode auxiliar no planejamento em saúde para mulheres.

Para o Caso 2 vale ressaltar a boa articulação entre APS e maternidade, permitindo com que as mulheres saiam do hospital com a primeira consulta pós-parto agendada na unidade de saúde, sendo essa uma estratégia apontada pela literatura como importante para aumentar a adesão das mulheres às consultas e viabilizar a continuidade do cuidado.<sup>6</sup> Assim, é responsabilidade da gestão municipal garantir a comunicação entre a maternidade e a APS, além de fornecer condições organizacionais para a captação precoce das mulheres no pós-parto pela equipe de APS.<sup>10</sup>

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

Para a dimensão execução destaca-se que a formação de profissionais para atuar de forma multidisciplinar é um dos quesitos fundamentais para que a APS cumpra seus objetivos no âmbito do sistema de saúde, além da importância de haver um plano de formação profissional atentando para as especificidades da APS,<sup>9</sup> implicando, portanto, na melhor assistência às mulheres no pós-parto. No presente estudo foi possível evidenciar esse aspecto para os Casos 1 e 3, em que o grau de implantação foi favorecido pelo perfil profissional, especialistas em saúde da família. E ainda, no Caso 3 havia a rotina de educação permanente instituída no âmbito da equipe.

Outro aspecto importante é que se faz necessária no mínimo uma consulta pós-parto até 42 dias,<sup>10</sup> sendo ideal pelo menos dois contatos pós-parto, um na primeira semana e outro ao final de 42 dias, com a finalidade de atender as principais necessidades das mulheres nesse período, viabilizando a promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em tempo oportuno.<sup>2,7,10</sup> Identificou-se que apenas os Casos 1 e 3 tem institucionalizada a primeira consulta nos primeiros 10 dias.

Além disso, 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 disponível.<sup>25</sup> 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.

A atenção deve ir além das primeiras semanas pós-parto, e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças no primeiro ano de vida é



uma oportunidade para os profissionais de saúde assistirem as necessidades de saúde das mulheres,<sup>26</sup> oportunidade essa aproveitada em algumas situações no Caso 1 por iniciativa individual da médica de família.

Ao analisar a subdimensão “acesso”, os Casos 1 e 2 não atingiram a pontuação esperada para o número de consultas pós-parto e visita domiciliar, e ainda, o Caso 2 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 parto.<sup>2,7,10,27</sup>

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 doméstica” 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.

As alterações emocionais e sinais de depressão pós-parto (DPP) são identificados de forma empírica, com conhecimento insuficiente sobre o tema e falta de uso de instrumento sistemático para rastrear DPP, o que corrobora com a literatura.<sup>28</sup> A prevalência de DPP, varia de 10 a 15%, sendo maior em países em desenvolvimento,<sup>5,28,29</sup> e aproximadamente 90% dos casos podem ser manejados na APS,<sup>29</sup> o que indica a urgência na qualificação dos profissionais para enfrentamento desse problema.

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

Em relação ao planejamento reprodutivo, é fundamental que os profissionais aconselhem minimamente sobre a retomada da atividade sexual, alterações na libido,

dispareunia, prevenção e diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis e sobre o livre exercício da sexualidade e do prazer,<sup>2,7,10</sup> além de orientar sobre os direitos reprodutivos, incluindo acesso e direito a escolha aos diferentes contraceptivos de acordo com as condições clínicas, e envolver os(as) parceiros(as) na decisão.<sup>10,22</sup> No tocante a esse tema, o estudo identificou que, em todos os Casos, a assistência é direcionada para definição do método contraceptivo, com foco nos hormonais.

Estudos encontraram uma prevalência de 40% das mulheres com problemas na saúde sexual até um ano pós-parto<sup>3</sup> e de 27,2% de gravidez de repetição rápida, a qual é menos provável de ocorrer com uso de métodos contraceptivos de longa duração,<sup>30</sup> questões essas negligenciadas nos Casos estudados.

Como limitações do estudo, destaca-se a falta de generalização dos dados, porém o estudo de caso permite generalização teórica e a replicação para outras unidades de análise levam a validade externa do estudo.<sup>14</sup> E ainda, o estudo analisou dimensões e subdimensões amplas e complexas, tendo como limitação a impossibilidade de aprofundamento na análise e discussão de cada uma delas, mas a triangulação dos dados auxiliou na elaboração do julgamento de valor a fim de garantir que os principais resultados não fossem negligenciados.<sup>15</sup>

Para fortalecer a validade interna do estudo utilizou-se: conferência de consenso para validação da MAJ;<sup>18</sup> triangulação dos dados de distintas fontes de evidências, permitindo verificar a confiabilidade e interpretação dos dados coletados; teste piloto dos instrumentos de coleta de dados;<sup>14,15</sup> e rigor na análise de acordo com a teoria do programa.<sup>17</sup>

Como considerações finais verificou-se que houve implantação incipiente da assistência pós-parto para a dimensão gestão e implantação incipiente (Casos 1 e 2) e parcial (Caso 3) para a dimensão execução nos três Casos analisados, sendo possível identificar as principais lacunas do programa, o qual, sendo implantado de forma ideal tem o potencial para reduzir a morbimortalidade materna e assistir às mulheres na perspectiva da integralidade do cuidado, com atenção às necessidades de saúde.

Identificou-se que a gestão não oportuniza as condições ideais para APS na maioria dos critérios/indicadores analisados, e na dimensão execução não são incorporadas as principais necessidades de saúde das mulheres.

Como principais recomendações, este estudo indica que haja: monitoramento de indicadores e planejamento de ações para atenção pós-parto; 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; e oferta de métodos

contraceptivos de longa permanência em tempo oportuno. Tais aspectos estão diretamente relacionados a atuação da gestão municipal de saúde, a qual é responsável por oportunizar as condições assistenciais ideais.

O estudo mostrou que o modelo teórico proposto<sup>17</sup> tem potencial para ser replicado em outros locais, tanto no Brasil, quanto em outros países, já que as necessidades de saúde das mulheres no pós-parto são comuns em diferentes realidades, ainda que haja especificidades.

### Contribuição dos autores

Baratieri T contribuiu para a concepção, estruturação, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final. Natal S contribuiu para a concepção, estruturação, análise, interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final. Os autores declaram não haver conflito de interesse.

### Referências

1. WHO (World Health Organization). The global health observatory [Internet]. Geneva: WHO; 2017; [acesso em 2020 Jan 31]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho>
2. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Postnatal care up to 8 weeks after birth [Internet]. London: NICE; 2015; [acesso em 2020 Jan 31]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
3. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Mai; 18 (1): 196.
4. Moraes CL, Oliveira AGS, Reichenheim ME, Gama SGN, Leal MC. Prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (8): 1-13.
5. Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Jul; 52 (7): 815-28.
6. Henderson V, Stumbras K, Caskey R, Haider S, Rankin K, Handler A. Understanding factors associated with postpartum visit attendance and contraception choices: listening to low-income postpartum women and health care providers. *Matern Child Health J*. 2016 Nov; 20 (Supl 1): S132-S143.
7. WHO (World Health Organization). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO; 2013.
8. Kleppel L, Suplee PD, Stuebe AM, Bingham D. National initiatives to improve systems for postpartum care. *Matern Child Health J*. 2016 Nov; 20 (Supl 1): S66-S70.
9. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44: e4.
10. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
11. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL. A Análise da implantação. In: Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL, eds. Avaliação em saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. p. 217-38.
12. Baratieri T, Natal S. Postpartum program actions in primary health care: an integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019 Nov; 24 (11): 4227-38.
13. Baratieri T. Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2020.
14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015.
15. Stake RE. Multiple case study analysis. New York: The Guilford Press; 2006.
16. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016 Out/Dez; 25 (4): 767-76.
17. Baratieri T, Natal S, Hartz ZMA. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36 (7): e00087319.
18. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
19. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, orgs. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010. p. 89-107.
20. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative data analysis: a methods sourcebook. 3a ed. Califórnia: SAGE Publications; 2014.

21. Laporte-Pinfildi ASC, Zangirolani LTO, Spina N, Martins PA, Medeiros MAT. The nutritional care during the prenatal and postpartum: perceptions of managers of Primary Health Care. *Rev Nutr.* 2016 Jan/Fev; 29 (1): 109-23.
22. FSRH (Faculty of Sexual and Reproductive Health). FSRH contraception after pregnancy [Internet]. London: FSRH; 2017; [acesso em 2019 Nov 30]. Disponível em: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>
23. Campos KFC, Marques RDC, Ceccim RB, Silva KL. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *APS Rev.* 2019; 1 (2): 132-40.
24. Mehndiratta A, Sharma S, Gupta N, Sankar M, Cluzeau F. Adapting clinical guidelines in India - a pragmatic approach. *BMJ Evid Based Med.* 2017 Nov; 359: j5147.
25. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Optimizing postpartum care: ACOG committee opinion. *Am Coll Obstet Gynecol.* 2018; 131 (728): 35-42.
26. 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 Womens Health (Larchmt).* 2017 Set; 26 (9): 966-75.
27. Robling M, Bekkers MJ, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, *et al.* Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet.* 2016 Jan; 387 (10014): 146-55.
28. Jairaj C, Fitzsimons CM, McAuliffe FM, O'Leary N, Joyce N, McCarthy A, *et al.* A population survey of prevalence rates of antenatal depression in the Irish obstetric services using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health.* 2019 Jun; 22 (3): 349-55.
29. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. *Ann Fam Med.* 2016 Set; 14 (5): 463-72.
30. Sackeim MG, Sammel M, Gurney EP, Schreiber CA. Rapid repeat pregnancy: prevalence and risk factors in an urban population. *Am J Obstet Gynecol.* 2018; 218 (1 Supl 1): S560-S1.

---

Recebido em 13 de Julho de 2020

Versão final apresentada em 1 de Novembro de 2021

Aprovado em 5 de Novembro de 2021