

## CAPÍTULO 6

---

# PROGRAMA DE ATENÇÃO PÓS- PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO

---

*Postpartum care program in primary care: construction and validation of  
an Analysis and Judgment Matrix*

**Tatiane Baratieri<sup>1</sup>**

**Sonia Natal<sup>2</sup>**

1. Baratieri, T. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava. Paraná. Brasil – E-mail: baratieri.tatiane@gmail.com

2. Natal, S. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.

## Resumo

**Objetivo:** Elaborar e validar uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) do programa de atenção pós-parto na atenção primária. **Metodologia:** Trata-se da elaboração e validação de uma MAJ, que se constituiu em uma das etapas de um estudo de avaliabilidade da atenção pós-parto na atenção primária. Para elaboração da MAJ, realizou-se revisão de literatura nacional e internacional, revisão de documentos nacionais e entrevistas com *stakeholders*. A validação da MAJ se deu por meio de Conferência de Consenso. **Resultados:** A MAJ foi composta por duas dimensões de análise, gestão e execução, desagregadas, respectivamente, por três e sete subdimensões. Cada subdimensão tem uma pontuação máxima, distribuída entre os critérios/indicadores que a compõem para que seja possível determinar o grau de implantação da atenção pós-parto. A dimensão gestão apresenta três subdimensões, que são: “recursos financeiros, materiais e físicos”; “recursos humanos” e “mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade”. A dimensão execução apresenta sete subdimensões: “longitudinalidade”; “acesso”, “saúde física”, “saúde mental”, “violência doméstica”, “aleitamento materno” e “planejamento reprodutivo”. **Considerações finais:** Elaborou-se um instrumento avaliativo para atenção pós-parto até então inexistente, com alto percentual de concordância na Conferência de Consenso, o que conferiu ao instrumento consistência e potencial para ser utilizado em diferentes realidades.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Período pós-parto. Saúde das mulheres. Avaliação em saúde.

## Abstract

**Objective:** To develop and validate an Analysis and Judgment Matrix (AJM) for the postpartum care program in primary care. **Methodology:** This is the elaboration and validation of an AJM, which constituted one of the stages of an evaluability study of postpartum care in primary care. To prepare the MAJ, a review of national and international literature, a review of national documents and interviews with stakeholders were carried out. AMJ validation took place through a consensus conference. **Results:** The AJM was composed of two dimensions of analysis, management and execution, disaggregated into three and seven sub-dimensions, respectively. Each sub-dimension has a maximum score, distributed among the criteria/indicators that compose it to make it possible to determine the degree of implementation of postpartum care. The management dimension has three sub-dimensions which are: “financial, material and physical resources”; “human resources” and “mechanisms for coordination of care and intersectorality”. The execution dimension has seven sub-dimensions which are: “longitudinality”; “access”, “physical health”, “mental health”, “domestic violence”, “breastfeeding” and “reproductive planning”. **Final considerations:** An evaluative instrument for postpartum care,

which did not exist until then, was developed, with a high percentage of agreement in the consensus conference, which gave the instrument consistency and potential to be used in different realities.

**Keywords:** Primary Health Care. Postpartum period. Women’s health. Health evaluation.

## Résumé

**Objectif:** Développer et valider une matrice d’analyse et de jugement (MAJ) pour le programme de soins post-partum en soins primaires. **Méthodologie:** Il s’agit de l’élaboration et de la validation d’une MAJ, qui a constitué l’une des étapes d’une étude d’évaluabilité des soins post-partum en soins primaires. Pour préparer le MAJ, une revue de la littérature nationale et internationale, une revue des documents nationaux et des entretiens avec les parties prenantes ont été réalisés. La validation MAJ a eu lieu par le biais d’une conférence de consensus. **Résultats:** Le MAJ était composé de deux dimensions d’analyse, de gestion et d’exécution, désagrégées respectivement en trois et sept sous-dimensions. Chaque sous-dimension a un score maximum, réparti entre les critères/indicateurs qui la composent pour permettre de déterminer le degré de mise en œuvre des soins post-partum. La dimension de gestion comporte trois sous-dimensions qui sont: les ressources financières, matérielles et physiques; ressources humaines et mécanismes de coordination des soins et intersectorialité. La dimension d’exécution comporte sept sous-dimensions qui sont: la longitudo; accès, santé physique, santé mentale, violence domestique, l’allaitement maternel et la planification de la reproduction. **Considérations finales:** Un instrument d’évaluation des soins post-partum, qui n’existait pas jusque-là, a été développé, avec un pourcentage élevé d’accord lors de la conférence de consensus, ce qui a donné à l’instrument une cohérence et un potentiel d’utilisation dans différentes réalités.

**Mots-clés:** Soins de santé primaires; période du postpartum; santé des femmes; évaluation de la santé.

## INTRODUÇÃO

Os dias e as semanas após o parto – pós-natal, pós-parto ou puerpério – são entendidos como uma fase do período reprodutivo no qual as mulheres experimentam transformação biológica, psicológica, sociocultural, além de passagem para a maternidade, com forte impacto na saúde e qualidade de vida<sup>1-4</sup>. Além disso, é uma fase crítica na vida das mulheres e crianças, em que a maioria das mortes maternas e infantis ocorre<sup>5-8</sup>.

A assistência integral no pós-parto se dá prioritariamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), inicia-se imediatamente após o parto e engloba: atenção em

conformidade com as necessidades da mulher; acolhimento; vínculo com profissionais de saúde; educação e apoio à amamentação; educação relevante e oportuna às diversas necessidades; atenção à saúde reprodutiva e planejamento familiar; apoio para os pais/família; cuidados clínicos para promover a saúde física e psicológica e o bem-estar da mulher e da criança<sup>4,9</sup>.

No Brasil, estudos apontam baixa qualidade na assistência pós-parto prestada pela APS<sup>3,10,11</sup>. A última publicação da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, em 2009, apontou que 60,8% das mulheres não haviam realizado nenhuma consulta no puerpério, e que a atenção pós-parto na unidade de saúde ocorre prioritariamente para acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização da criança<sup>12</sup>.

Faz-se necessário refletir sobre como estruturar a assistência puerperal no Brasil, a fim de garantir atenção adequada à saúde das mulheres nesse período. Para tanto, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver mecanismos de avaliação e monitoramento das ações e serviços prestados no âmbito da atenção puerperal.

A avaliação é uma forma de orientar a implementação de ações e atividades, o que contribui para tomada de decisões. Avaliar o puerpério no âmbito da APS é oportuno, visto que a avaliação das políticas, programas e serviços de saúde é considerada de suma importância para o direcionamento da melhoria da qualidade deles<sup>13</sup>.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) pode envolver a realização de uma pré-avaliação para determinar se um programa está pronto para ser avaliado, indicar aspectos para melhorias no programa, melhorar o conhecimento sobre o programa, garantir que uma avaliação produza informações úteis, envolver os interessados na avaliação, esclarecer as metas de intervenção e como elas devem ser alcançadas, e elaborar, testar e refinar uma teoria do programa acordada com interessados<sup>14-16</sup>, podendo ser utilizado em qualquer fase do programa, proporcionando aprofundamento no conhecimento sobre o funcionamento do mesmo<sup>15,16</sup>.

Estudos que avaliam a assistência pós-parto são escassos, e, em geral, os estudos nacionais tratam de avaliações normativas, com foco apenas no indicador de consulta pós-parto<sup>3,10,11,17,18</sup>; e os internacionais, de programas específicos, como de rastreamento da Depressão Pós-Parto (DPP) e programa de visita domiciliar<sup>19-21</sup>.

Assim, a elaboração e a validação de um modelo avaliativo por meio de um EA justificam-se, principalmente, pela escassez de estudos que avaliem a assistência às mulheres no pós-parto para além de aspectos normativos ou de “recortes” do programa<sup>22</sup>, pela elevada morbimortalidade das mulheres no período pós-parto<sup>5,23,24</sup> e pela baixa cobertura de consulta pós-parto<sup>25-27</sup>.

Dessa forma, objetivou-se elaborar e validar uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) do programa de atenção pós-parto na atenção primária.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo da elaboração e validação de uma MAJ, que se constituiu em uma das etapas de um EA<sup>28</sup> da atenção pós-parto na atenção primária, desenvolvido de novembro de 2016 a dezembro de 2018, seguindo os pressupostos de Thurston e Ramaliu<sup>29</sup>, Leviton<sup>16</sup> e Trevisan e Walser<sup>15</sup>, teóricos amplamente utilizados na área da saúde; e atendendo ao rigor metodológico para esse tipo de estudo<sup>30,31</sup>, seguindo as etapas apontadas no Quadro 1.

Quadro 1. Etapas do Estudo de Avaliabilidade

Etapa do EA	Descrição das etapas do EA
1) Revisão de literatura	Revisão integrativa: abordou as ações de programas de atenção pós-parto no âmbito da APS, tanto em nível nacional como internacional <sup>32</sup> .  Revisão sistemática: tratou de recomendações de diretrizes clínicas internacionais sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS <sup>33</sup> .
2) Revisão de documentos sobre o programa	Foram usados cinco documentos nacionais <sup>34-38</sup> vigentes, que tratam da atenção pós-parto na APS, localizados na página da Internet do Ministério da Saúde ( <a href="http://saude.gov.br/">http://saude.gov.br/</a> ).
3) Envolvimento dos <i>stakeholders</i>	Foi realizada entrevista semiestruturada, de agosto a outubro de 2018, com quatro mulheres representantes de movimento de mulheres, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e três profissionais com experiência na APS. Os participantes foram selecionados por sua reconhecida experiência acadêmica e/ou profissional na Região Sul na área de saúde das mulheres e/ou APS.
4) Definição de objetivos e metas do programa	A partir da revisão de literatura, revisão de documentos e conversa com os <i>stakeholders</i> , foram definidos os objetivos e as metas preliminares.
5) Elaboração do MLP	A partir da revisão de literatura, revisão de documentos e conversa com os <i>stakeholders</i> , foi elaborada primeira versão do MLP <sup>28</sup> .
6) Construção do MTA	A partir da revisão de literatura, revisão de documentos e conversa com os <i>stakeholders</i> , foi elaborada primeira versão do MTA <sup>28</sup> .
7) Elaboração da MAJ	A partir da revisão de literatura, revisão de documentos, conversa com os <i>stakeholders</i> e definição da primeira versão do MLP e MTA, foi elaborada primeira versão da MAJ.
8) Realização de Conferência de Consenso do MLP, MTA e MAJ com especialistas da área e <i>stakeholders</i>	Realizou-se Conferência de Consenso para validação do modelo avaliativo. Essa etapa é detalhada no decorrer do presente estudo.
9) Formulação da pergunta avaliativa	A pergunta avaliativa foi pactuada em Conferência de Consenso, no decorrer do processo de validação.
10) Elaboração das recomendações – uso do EA	Após a validação do modelo avaliativo, foram elaboradas as recomendações para o uso do EA <sup>28</sup> .

Fonte: elaboração própria.

Legenda: APS – Atenção Primária à Saúde; MLP – Modelo Lógico do Programa; MTA – Modelo Teórico da Avaliação; MAJ – Matriz de Análise e Julgamento; EA – Estudo de Avaliabilidade.

Ressalta-se que a entrevista com *stakeholders* (interessados na avaliação) se deu como parte do processo de envolvimento deles<sup>15,16,29</sup>, que participaram em todo o EA, desde a concepção da necessidade de avaliação até a validação final do modelo avaliativo. Realizou-se entrevista semiestruturada com quatro mulheres representantes de movimento de mulheres, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e três profissionais com experiência na APS. A escolha dos profissionais da gestão dos três estados da Região Sul se deu pela proximidade das pesquisadoras a essa realidade e pela necessidade de envolver os *stakeholders* das realidades em que o estudo avaliativo teria continuidade, por meio da análise de implantação.

Os participantes foram selecionados por sua reconhecida experiência acadêmica e/ou profissional na Região Sul na área de saúde das mulheres e/ou APS. As entrevistas foram realizadas em sala reservada, gravadas e transcritas na íntegra.

A MAJ foi elaborada a partir da teoria do programa<sup>28</sup>, validada por meio da técnica de Conferência de Consenso com especialistas da área de avaliação em saúde e saúde das mulheres e *stakeholders*, de acordo com a metodologia de Conferência de Consenso proposta por Hartz, Souza e Silva<sup>39</sup>, a qual ocorreu por intermédio de três etapas. Os especialistas foram selecionados intencionalmente pelas pesquisadoras, considerando a reconhecida experiência destes em avaliação em saúde e/ou saúde das mulheres.

Na etapa 1 da Conferência de Consenso, ocorreu a análise individual por parte dos *stakeholders* e dos especialistas. Foi enviada, por correio eletrônico, a proposta inicial da MAJ, elaborada em documento de texto Microsoft Word® em formato de tabela. Para cada item da MAJ (dimensões, subdimensões, critérios/indicadores), havia uma coluna para preenchimento sobre a “completa concordância”, “discordância parcial” ou “total discordância”, além de espaço para sugestões de alterações, quando pertinente. Essa etapa teve duração de três meses, em que participaram dela duas representantes de organizações de mulheres, dois profissionais da APS, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e cinco especialistas em avaliação em saúde e saúde das mulheres. De posse das respostas, os resultados foram consolidados, preservando o anonimato dos participantes.

Na etapa 2 da Conferência de Consenso, houve discussão aberta entre os participantes. Os *stakeholders* e os especialistas participaram de uma oficina para debater sobre os componentes da MAJ. Inicialmente, foi apresentada uma tabela com os resultados consolidados da primeira etapa, e então foi aberto para o debate, em que foram propostas novas alterações para o aprimoramento da MAJ. Essa oficina presencial teve

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

Durante a etapa 3 da Conferência de Consenso, os *stakeholders* e os especialistas foram solicitados a se manifestar mais uma vez de maneira individual, via formulário eletrônico. Essa etapa oportunizou que cada participante pudesse manter suas primeiras respostas ou modificá-las a partir das considerações realizadas na segunda etapa. Essa fase teve duração de dois meses, em que participaram dela duas representantes de organizações de mulheres, dois profissionais da APS, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e quatro especialistas em avaliação em saúde e saúde das mulheres.

Após validação, a MAJ foi aplicada em três municípios, um em cada estado da região sul do Brasil<sup>40</sup>, sendo utilizada para determinar o grau de implantação da assistência pós-parto e identificar as evidências que explicam os diferentes graus de implantação.

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

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os percentuais de concordância e discordância das dimensões e subdimensões da MAJ na etapa 1 da Conferência de Consenso. Percebe-se que, desde a primeira rodada, a MAJ apresentou um percentual de concordância elevado, especialmente no que diz respeito à dimensão “Operação”.

Tabela 1. Percentual de concordância e discordância das dimensões e subdimensões da MAJ na primeira etapa da Conferência de Consenso. Florianópolis/SC, 2018

Dimensão/subdimensão	Concordância total (%)	Concordância parcial (%)	Discordância (%)
<b>Gestão</b>	85,7	14,3	0,0
— Recursos financeiros	85,7	14,3	0,0
— Infraestrutura	92,9	7,1	0,0
— Recursos humanos	92,9	7,1	0,0
— Continuidade/coordenação do cuidado	92,9	14,3	0,0
— Trabalho intersetorial	92,9	7,1	0,0
<b>Operação</b>	92,9	7,1	0,0
— Acompanhamento	92,9	7,1	0,0
— Saúde física	100,0	0,0	0,0
— Saúde mental	92,9	7,1	0,0

— Violência doméstica	92,9	7,1	0,0
— Aleitamento materno	100,0	0,0	0,0
— Planejamento reprodutivo	100,0	0,0	0,0

Fonte: elaboração própria.

No que se refere à dimensão “Gestão”, ressalta-se que, na subdimensão “Recursos financeiros”, foi sugerida a exclusão dos indicadores “Proporção de recurso de saúde municipal destinados à APS” e “Execução do recurso destinado à APS no ano anterior”. Na subdimensão “Infraestrutura”, houve a inclusão de “sala educativa” como item de avaliação do critério “disponibilidade de espaço físico”.

Em “Recursos humanos”, foram incluídos os critérios “Equipes da AB que recebem apoio de especialistas (NASF)” e “Acesso a especialistas em tempo oportuno – menos de 30 dias (ginecologista, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta)”. Já a subdimensão “Qualificação da assistência” foi retirada e reorganizada para ser incluída em “Recursos humanos”. A MAJ também era composta pela subdimensão “Intersetorialidade”, que foi unida à subdimensão “Continuidade/coordenação do cuidado”, sendo alterado o nome para “Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade”. Nessa, foi incluído o indicador “assiduidade do gestor ou seu representante nas reuniões da Comissão Intergestora Regional no último ano”.

Em relação à dimensão “Operação”, havia a subdimensão “Acompanhamento”, a qual, por conter grande número de critérios/indicadores em relação às demais, teve como sugestão sua divisão em “Acompanhamento” e “Orientação do cuidado”, sendo que, nessa última, foram incluídos critérios/indicadores sobre uso de protocolos e acompanhamento longitudinal.

Na subdimensão “Saúde mental”, foi aprimorado o *rationale*, ampliando-o, e foi incluído o critério “Orientações sobre alterações emocionais”. Em “Violência doméstica”, o critério “Orientação, previne, identifica e intervém sobre os casos de violência doméstica” foi desmembrado em três critérios. Ainda na dimensão “Operação”, os parâmetros para julgamento dos critérios qualitativos foram alterados de uma pontuação fixa – Sempre (6,7), Às vezes (3,35), Nunca (0) – para uma pontuação gradativa, conforme Figura 2, possibilitando melhor julgamento.

Na etapa 2, os participantes concordaram com a maioria das alterações sugeridas na etapa 1, não havendo mudanças substanciais. Como principais mudanças, pode-se destacar que o critério “Acesso a especialistas em tempo oportuno – menos de 30 dias (ginecologista, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta)” passou a contemplar apenas o profissional psiquiatra, por ser considerado de acesso mais difícil. Ainda houve alteração na denominação da dimensão “Operação”, que passou a ser denominada



“Execução”. Além disso, a subdimensão “Acompanhamento” passou a ser denominada “Acesso”, e a subdimensão “Orientação do cuidado” passou a ser “Longitudinalidade”.

Na etapa 3 da Conferência de Consenso, houve 100% de concordância em relação à MAJ, havendo apenas contribuições para melhoria da redação de alguns critérios/indicadores, sem mudanças substanciais.

Após as três etapas de Conferência de Consenso, a MAJ passou a ser composta por duas dimensões de análise, gestão e execução, desagregadas, respectivamente, por três e sete subdimensões. Para cada subdimensão, uma pontuação máxima foi atribuída, sendo distribuída entre os critérios/indicadores que a compõem (Figuras 1 e 2).

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

Critério/indicador		Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PE*	PO*	
Recursos financeiros, materiais e físicos (10 pontos)	Ações para saúde das mulheres no pós-parto contempladas na Programação Anual de Saúde e executadas no último ano	documental (programação anual de saúde/); entrevista com gestores	Não se aplica	Contempladas e executadas (2) Não contempladas (0)	2	-	
	Execução do recurso de repasse estadual e federal destinado a APS no último ano	entrevista com gestores/SIOPS	Não se aplica	Executado (2) Não executa (0)	2	-	
	Disponibilidade de equipamentos essenciais nas UBSs	PMAQ 3º ciclo (UBS): Questões I.8.2, I.8.3, I.8.5, I.8.9, I.8.10, I.8.14, I.8.15, I.8.16	nº de UBSs com medida adequada / nº total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Disponibilidade de contraceptivos nas UBSs	PMAQ 3º ciclo (UBS): Questões I.12.13, I.12.23, I.12.24, I.15.6.1, I.15.6.2, I.15.6.3, I.15.6.4, I.15.6.5	nº de UBSs com medida adequada / nº total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Disponibilidade de medicamentos essenciais para puérperas nas UBSs	PMAQ 3º ciclo (UBS): Questões I.15.3.2, I.15.4.1, I.15.9.5, I.15.9.10, I.15.9.11, I.15.9.12, I.15.10.3	nº de UBSs com medida adequada / nº total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Disponibilidade de materiais para coleta de citopatológico e exame ginecológico em puérperas nas UBSs	PMAQ 3º ciclo (UBS): questões: I.12.15, I.12.16,	nº de UBSs com medida adequada / nº total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Adequação de espaço físico:	sala de espera, atendimento clínico e educativo	PMAQ 3º ciclo (UBS): questões I.6.1.5, I.6.3.1, I.6.3.2, I.6.3.3, I.6.3.12		≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-
		espaços adequados para pessoas com deficiência	PMAQ 3º ciclo (UBS): I.4.2.1, I.4.2.2, I.4.2.3, I.4.2.4, I.4.2.5, I.4.2.6, I.4.2.7, I.6.1.2			1	-

Critério/indicador		Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PE*	PO*	
Recursos humanos (10 pontos)	Cobertura de atenção primária	e-gestor Atenção Básica	Não se aplica	≥ 90%: BOM (1) 89% a 80%: REG (0,5) < 79%: RUIM (0)	2	-	
	Equipes de Estratégia Saúde da Família	Entrevista com gestores; e-gestor Atenção Básica	n° equipe ESF / n° total equipes AB (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	2	-	
	Qualificação profissional último ano	Atualizações médicos/enfermeiros: saúde das mulheres	entrevista com gestores e profissionais/documentos	n° de médicos e enfermeiros com participação em qualificação / n° total de profissionais	≥ 00%: BOM (1) 79% a 50%: REG (0,5) < 50%: RUIM (0)	2	-
		Atualizações médicos/enfermeiros sobre pós-parto			2	-	
Protocolos/ diretrizes clínicas para saúde das mulheres que incluam atenção pós-parto implantados e disponíveis		entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Para todos os profissionais (2); Para profissional específico (1) Inexistente (0)	2	-	
Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade (10 pontos)	Existência de mecanismos de referência e contrarreferência entre os pontos de atenção	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Mecanismos existentes (1) Mecanismos inexistentes (0)	1	-	
	Monitoramento de indicadores sobre assistência pós-parto	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Realiza monitoramento (1) Não realiza monitoramento (0)	1	-	
	Mecanismos de garantia de agendamento da primeira consulta pós-parto	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Sai da maternidade com 1ª consulta agendada (2) Tem agenda garantida na UBS (1) sem agendamento (0)	2	-	
	Acesso da puérpera a outros pontos de atenção disponível e facilitado quando necessário (CAPS, PA, hospital) por fluxos formalizados.	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Rede e fluxos formalizado/ implantado (1) Rede e fluxos não formalizados/ implantados (0)	1	-	
	Acesso a serviço de referência para laqueadura tubária e vasectomia em tempo oportuno (60 dias)	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Rede e fluxos com acesso em tempo oportuno (1) Rede e fluxos inexistente ou acesso inoportuno (0)	1	-	
	Atenção especializada: as equipes de AB recebem apoio de outros profissionais para manejo de casos complexos	PMAQ 3º ciclo (Equipe): questão II 3.1	n° de UBSs com medida adequada / n° total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Atenção especializada: acesso a especialista psiquiatra em tempo oportuno (menos de 30 dias)	entrevista com gestores e profissionais da APS	Não se aplica	Menos de 30 dias (1) 30 a 60 dias (0,5) mais de 60 dias (0)	1	-	
	Assiduidade do gestor ou representante legal nas reuniões da Comissão Intergestora Regional no último ano	entrevista com gestores, documentos	n° de reuniões com participação / n° total de reuniões (x100)	≥ 100%: BOM (1) 99% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Atuação articulada da APS com outros setores da sociedade por meio de rede e fluxos formalizados (no mínimo com assistência social)	entrevista com gestores e profissionais da APS, documentos	Não se aplica	Fluxos formalizados (1); Fluxos formalizados para situações específicas (0,5); não há fluxos (0)	1	-	

Fonte: elaboração própria.

Legenda: PE – Pontuação Esperada; PO – Pontuação Observada; APS – Atenção Primária à Saúde; SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família; AB – Atenção Básica; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; PA – Pronto Atendimento.

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

	<b>Critério/indicador</b>	<b>Fonte de evidências</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>PE*</b>	<b>PO*</b>
Longitudinalidade (5 pontos)	Envolvimento de famílias e ou companheiros(as) no cuidado às mulheres desde o pré-natal até o pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas)	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Estabelecimento do cuidado ao longo do tempo	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Realização de plano de cuidado pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Continuidade do cuidado no puerpério remoto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Uso de protocolos/diretrizes clínicas para atenção às mulheres no pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Sempre usa (1,0) às vezes usa (0,9-0,1); Não usa (0)	1	-
Acesso (5 pontos)	Acolhimento à demanda espontânea	Entrevistas (profissionais e puérperas)	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Gestantes acompanhadas no pré-natal	sistemas de informação em saúde (SISAB, e-SUS)	nº de gestantes 6 ou mais consultas / nº de gestantes acompanhadas, no mesmo local e período (x100)	≥ 90%: BOM (0,5) 89% a 75%: REG (0,3) < 75%: RUIM (0)	1	-
	Realização de visita domiciliar na primeira semana		nº de visitas pós-parto no último ano / nº de gestantes acompanhadas, no último ano (x100)	≥ 90%: BOM (0,5) 89% a 75%: REG (0,3) < 75%: RUIM (0)	1	-
	Realização de consultas pós-parto		nº de consultas realizadas até 42 dias pós-parto no último ano/nº de gestantes acompanhadas no último ano (x100)	≥ 75% com duas consultas: ÓTIMO (1); ≥ 90% com uma consulta: BOM (0,7) 89% a 75% com uma consulta: REG (0,3) < 75%: RUIM (0)	1	-
	Busca ativa de mulheres faltosas no pós-parto		Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-

	<b>Critério/indicador</b>	<b>Fonte de evidências</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>PE*</b>	<b>PO*</b>
Saúde Física (5 pontos)	Investigação sobre intercorrências/ agravos no pré-natal e parto e intervenção para continuidade do cuidado quando necessário	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Orientação, prevenção, identificação e intervenção sobre os problemas comuns no pós-parto, conforme necessidade	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Orientação, identificação e intervenção sobre os sinais de alerta no pós-parto, conforme necessidades	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Aconselhamento sobre nutrição/higiene/atividade física	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Suplementação de ferro 3 meses pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
Saúde mental (5 pontos)	Investigação sobre suporte familiar e social durante o pré-natal e no pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Investigação sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Investigação sobre estado emocional durante pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Orientações sobre alterações emocionais comuns no pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Aplicação de escala para diagnóstico de DPP ao identificar sinais de alerta	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
Violência doméstica	Orientação sobre violência doméstica	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,5	-
	Identificação e atenção às mulheres em situação de violência doméstica	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	2	-
	Notificação de casos de violência doméstica	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,5	-

	<b>Critério/indicador</b>	<b>Fonte de evidências</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>PE*</b>	<b>PO*</b>
Aleitamento materno	Recomendação e promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	2	-
	Prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	2	-
	A terapêutica medicamentosa (quando houver) é revisada, com atenção às contraindicações devido ao AM.	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
Planejamento reprodutivo	Realização de aconselhamento sobre saúde sexual	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,7	-
	Recomendação e orientação sobre direitos e planejamento reprodutivo	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,7	-
	Envolvimento do(a) parceiro(a), quando houver, no planejamento reprodutivo.	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,6	-

Fonte: elaboração própria.

Legenda: PE – Pontuação Esperada; PO – Pontuação Observada; SISAB – Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica; AM – Aleitamento Materno.

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

Essa dimensão apresenta três subdimensões, que são: “Recursos financeiros, materiais e físicos”; “Recursos humanos” e “Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade”. As categorias foram desagregadas em critérios ou em indicadores conforme apresentado na Figura 1. A subdimensão “Recursos financeiros, materiais e físicos” atribui o financiamento da saúde à responsabilidade das três esferas do governo. A gestão deve oferecer condições de infraestrutura adequada para o desenvolvimento do processo de trabalho.

A subdimensão “Recursos humanos” trata que a gestão municipal deve garantir equipe multiprofissional mínima suficiente e qualificada para atender às demandas populacionais para APS<sup>41</sup>. É fundamental a promoção do aperfeiçoamento e do desenvolvimento profissional para assistência pós-parto<sup>42</sup>. Além disso, para a qualificação da assistência, devem ser formalizados o uso de protocolos e as diretrizes clínicas<sup>23</sup>.

A subdimensão “Mecanismos para coordenação do cuidado e intersectorialidade” aponta que a gestão municipal deve garantir mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação à assistência às mulheres, além de garantir a assistência nos diferentes pontos de atenção e articulação com setores da sociedade, oportunizando atenção integral e enfrentamento de problemas complexos<sup>43</sup>.

Já a dimensão “Execução” se caracteriza pelo escopo de ações/atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS a fim de prestar atenção integral às mulheres no período pós-parto. Para tanto, a assistência deve-se iniciar durante o pré-natal e ter continuidade após o parto por meio de um cuidado longitudinal, de acordo com as necessidades das mulheres<sup>5,23</sup>. Essa dimensão apresenta sete subdimensões, que são: “Longitudinalidade”; “Acesso”, “Saúde física”, “Saúde mental”, “Violência doméstica”, “Aleitamento materno” e “Planejamento reprodutivo”. As categorias foram desagregadas em critérios ou em indicadores, apresentados na Figura 2.

A subdimensão “Longitudinalidade” demonstra que a assistência pós-parto deve ocorrer com respeito às escolhas das mulheres e envolvimento de companheiros(as) e famílias, cuidado longitudinal e ter início durante o pré-natal com elaboração do plano pós-parto<sup>8,44</sup>. É importante que a assistência seja orientada por diretrizes clínicas, a fim de qualificar o cuidado<sup>23,45</sup>.

A subdimensão “Acesso” aponta que o acompanhamento das mulheres no pós-parto deve ocorrer de acordo com suas necessidades de saúde, iniciar-se durante o pré-natal e continuar ao longo do pós-parto remoto, por meio de acolhimento à demanda espontânea, consultas individuais, grupos de apoio/educativos, visitas domiciliares e busca ativa de faltosas<sup>5,34</sup>. Minimamente, deve ser realizada uma consulta próxima ao sétimo dia, uma até 42 dias, e uma visita domiciliar na primeira semana<sup>5,23,34</sup>.

No que diz respeito à subdimensão “Saúde física”, ressalta-se que os profissionais devem orientar, prevenir, identificar e intervir sobre a saúde física das mulheres, a fim de melhorar a qualidade de vida e saúde destas<sup>5,23,34</sup>. Por sua vez, com relação à subdimensão “Saúde mental”, é importante esclarecer que os transtornos mentais podem ocorrer durante o período do pré-natal e pós-parto, sendo que os sintomas podem preceder a concepção e continuar com a gestação, ou começar a qualquer momento após a concepção, nascimento ou durante o ano seguinte ao nascimento. No período pós-parto, o *baby blues* ou *blues* puerperal, estado depressivo mais brando, ocorre em até 90% das mulheres, é transitório, não incapacitante e associado às mudanças cotidianas e perdas vividas pelas mulheres nessa fase de transição<sup>34</sup>. A DPP, prevalente em até 40% das mulheres em países em desenvolvimento, é considerada uma das complicações mais comuns no pós-parto<sup>46-48</sup>. Assim, os profissionais da APS devem fazer a assistência em

saúde mental às mulheres, a fim de assegurar a detecção precoce de transtornos e a intervenção terapêutica adequada, com foco na DPP<sup>2,23,46</sup>.

A subdimensão “Violência doméstica” contempla que a violência entre parceiros íntimos causa efeitos duradouros e cumulativos, que permanecem mesmo após a sua cessação. As consequências podem ser devastadoras quando a violência ocorre durante a gravidez ou nos primeiros meses pós-parto, como problemas mentais, podendo ser uma causa de morte materna. Os serviços de APS podem servir como locais de alerta e sentinela para a detecção de mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo, já que esses são, muitas vezes, a principal porta de entrada para o sistema de saúde<sup>49,50</sup>.

A subdimensão “Aleitamento materno” aborda que inúmeros são os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher<sup>51</sup>, e as principais dificuldades para a manutenção deste surgem nos primeiros meses pós-parto, sendo que a APS se constitui em um ambiente incentivador dessa prática<sup>52</sup>, considerando sua proximidade à mulher e seu papel prioritário na prestação da atenção puerperal<sup>53</sup>.

A subdimensão “Planejamento reprodutivo” trata que as ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres<sup>34</sup>.

Ressalta-se que no julgamento do parâmetro, quando o cálculo “não se aplica”, foi julgado da seguinte forma: i) Atende plenamente: quando os profissionais da APS cumprem de forma integral o critério estabelecido, em consonância com o disposto pelo seu *rationale* (definição); ii) Atende parcialmente: quando os profissionais da APS atendem em algum aspecto a esse critério, de acordo com seu *rationale* – para determinar a pontuação do item “atende parcialmente”, o critério foi discutido pela equipe de pesquisa após a coleta de dados; por se tratar de um critério subjetivo, a triangulação das diferentes fontes de evidências deu subsídio para discutir o critério, resultando na atribuição da pontuação –; e iii) Não atende: quando nenhum aspecto do critério foi atendido de acordo com seu *rationale*.

A proporção do somatório dos Pontos Observados (PO) nas dimensões/subdimensões em relação à Pontuação Esperada (PE) determina o julgamento de valor para o Grau de Implantação (GI) =  $(\sum PO / \sum PE) \times 100$ . As proporções estratificadas são em quartis para a classificação do GI, conforme a Tabela 2:

Tabela 2. Pontos de corte para a classificação dos casos conforme os graus de implantação

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

Fonte: Alves et al.<sup>54</sup>

Para análise dos dados da MAJ, foi proposta a triangulação das fontes de evidências que fortalece a validade interna do estudo, pois verifica de forma contínua a confiabilidade e a interpretação das informações coletadas<sup>55</sup>.

Para determinar o grau de implantação, é proposta a análise temática, para os dados qualitativos, utilizando-se uma lista predefinida de códigos<sup>56</sup> de acordo com a MAJ, com auxílio do software NVivo® versão 11. Para os dados quantitativos, sugere-se uma análise descritiva simples, de acordo com o cálculo e parâmetro estabelecido para cada indicador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização do presente estudo, foi possível validar um instrumento avaliativo da atenção pós-parto na atenção primária, com vistas à atenção integral às mulheres, até então inexistente. O alto percentual de concordância em relação aos componentes da MAJ durante todas as etapas de validação demonstra consistência no instrumento, o que viabiliza seu uso em diferentes realidades.

A principal potencialidade foi o uso de diferentes estratégias para garantir a validade e a confiabilidade dos resultados, como o uso de referencial teórico adequado para um EA, diferentes fontes de evidências (entrevistas, análise documental, revisão de literatura) e a Conferência de Consenso<sup>31</sup>.

A principal limitação do estudo foi sua realização por meio de demanda acadêmica, o que pode diminuir o uso da MAJ, se comparado a estudos sob demanda institucional. Tentou-se superar essa limitação com o envolvimento dos *stakeholders* em todo o processo de elaboração e validação da MAJ.



## Referências

1. Bashour HN, Kharouf MH, AbdulSalam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheikha SA. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: A randomized controlled trial. *Public Health Nurs.* 2008;25(2):115-25.
2. Glavin K, Smith L, Sørnum R, Ellefsen B. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one-year follow-up study. *J Clin Nurs.* 2010;19(21-22):3051-62.
3. Oliveira DC, Mandu ENT, Correa ACP, Tomiyoshi JT, Teixeira RC. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2013;17(3):446-54.
4. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 2019 jan 21];33(3):12. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=pt&tlng=pt)
5. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
6. Nabukera SK, Witte K, Muchunguzi C, Bajunirwe F, Batwala VK, Mulogo EM, et al. Use of postpartum health services in rural Uganda: Knowledge, attitudes, and barriers. *J Community Health.* 2006;31(2):84-93.
7. Brodribb W, Zadoroznyj M, Dane A. The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 21];14(1):1. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/257072905\\_The\\_views\\_of\\_mothers\\_and\\_GPs\\_about\\_postpartum\\_care\\_in\\_Australian\\_general\\_practice](https://www.researchgate.net/publication/257072905_The_views_of_mothers_and_GPs_about_postpartum_care_in_Australian_general_practice)
8. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Postpartum Care: Acog committee opinion. *Obstetrics & Gynecology.* 2018;131(728):35-42.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2014.
10. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [citado 2019 jan 21];16(2):312-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=pt&tlng=pt)
11. Silva LLB, Feliciano KVO, Oliveira LNFP, Pedrosa EN, Corrêa MSM, Souza AI. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral.” *Rev Gaúcha En-*

ferm [Internet]. 2016 [citado 2019 jan 21];37(3):1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000300415&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300415&lng=pt&tlng=pt)

12. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2019 jan 21]. 300 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)

13. 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.

14. Craig P, Campbell M. Evaluability Assessment: a systematic approach to deciding whether and how to evaluate programmes and policies [Internet]. Scotland: What Works Scotland; 2015 [cited 2019 Jan 21]. 15 p. Available from: <http://whatworksscotland.ac.uk/wp-content/uploads/2015/07/WWS-Evaluability-Assessment-Working-paper-final-June-2015.pdf>

15. Trevisan MS, Walser TM. Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use. Publications, SAGE; 2015.

16. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annu Rev Public Health*. 2010;31(1):213-33.

17. Hass CN, Teixeira LB, Beghetto MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):22-30.

18. Laporte-Pinfildi ASC, Zangirolani LTO, Spina N, Martins PA, De Medeiros MAT. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: Percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. *Rev Nutr*. 2016;29(1):109-23.

19. Segre LS, O'Hara MW, Brock RL, Taylor D. Depression Screening of Perinatal Women by the Des Moines Healthy Start Project: Program Description and Evaluation. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 21];63(3):250–5. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201100247>

20. Saias T, Lerner E, Greacen T, Simon-Vernier E, Emer A, Pintaux E, et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PLoS One*. 2012;7(5).

21. Robling M, Bekkers MJ, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387(10014):146-55.

22. Baratieri T, Natal S. Postpartum program actions in primary health care: An integrative review. *Cienc Saude Coletiva*. 2019;24(11):4227-38.

23. Espanha. Grupo de trabalho de la Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.; 2014.
24. Langlois ÉV, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2015[cited 2019 Jan 21];93:259-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140996>
25. Bittencourt SDA, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA, et al. Nascer no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 26];54(100):1-11. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002021>
26. Gonçalves CDS, Cesar JA, Marmitt LP, Gonçalves CV. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2019 [cited 2021 jan 26];19(1):63-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000100004CristianedeSouzaGoncalves1https://orcid.org/0000-0002-9668-5459>
27. Asratie MH, Muche AA, Geremew AB. Completion of maternity continuum of care among women in the post-partum period: Magnitude and associated factors in the northwest, Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15:1-14.
28. Baratieri T, Natal S, Hartz ZM de A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado 2021 jan 26];36(7):e00087319. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000705010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000705010&lng=pt)
29. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. *Can J Progr Eval*. 2005;20(2):1-25.
30. Walser TM, Trevisan MS. Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and Recommendations. *Am J Eval*. 2016;37(1):118-38.
31. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, Lacerda JT. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2019;43(120):231-46.
32. Baratieri T, Natal S. Postpartum program actions in primary health care: An integrative review. *Cienc Saude Coletiva*. 2019;24(11):4227-38.
33. Baratieri T, Soares LG, Kappel EP, Natal S, Lacerda JT. Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: revisão sistemática. *Rev APS*. 2019;22(3):682-701.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. 318 p.
36. 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. Diário Oficial da União. 27 jun. 2011.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 465 p.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da União [Internet]. 6 out. 2011 [citado 2019 abr 25]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)
39. Souza LEPPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, editoras. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
40. Baratieri T. Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil [tese] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2020 [citado 2019 abr 25]. Disponível em: <https://tede.ufsc.br/teses/PGSC0261-T.pdf>
41. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de dezembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set. 2017 [citado 2021 jun 7]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 4 jan. 2017 [citado 2018 fev 5]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)
43. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002. 177 p.

44. Stumbras K, Rankin K, Caskey R, Haider S, Handler A. Guidelines and Interventions Related to the Postpartum Visit for Low-Risk Postpartum Women in High and Upper Middle Income Countries. *Matern Child Health J.* 2016;20(1):103-16.
45. Mehndiratta A, Sharma S, Gupta N, Sankar M, Cluzeau F. Adapting clinical guidelines in India—a pragmatic approach. *BMJ evidence-based Med [Internet].* 2017[cited 2019 Jan 21];359:j5147. Available from: <http://mospi.nic.in/sites/default/>
46. Abiodun OA. Postnatal depression in primary care populations in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(2):133-6.
47. Rojas G, Santelices P, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, et al. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana : un estudio cualitativo Barriers restricting postpartum depression treatment in Chile. *Rev Medica Chile.* 2015;143:424-32.
48. Leung SSL, Leung C, Lam TH, Hung SF, Chan R, Yeung T, et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: A randomized controlled trial. *J Public Health (Bangkok).* 2011;33(2):292-301.
49. 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 Saude Publica [Internet].* 2017 [citado 2019 jan 21];33(8):1-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000805006&lng=pt&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805006&lng=pt&tIng=pt)
50. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2013;10(5).
51. Rito RVF, De Oliveira MIC, Brito ADS. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(5):477-84.
52. Passanha A, Benício MHDA, Venâncio SI, Dos Reis MCG. Implementation of the Brazilian breastfeeding network and prevalence of exclusive breastfeeding. *Rev Saude Publica.* 2013;47(6):1141-8.
53. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
54. 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,

editores. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro; 2010. p. 89-107.

55. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015. 290 p.

56. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative data analysis: a methods sourcebook. 3rd ed. Califórnia: SAGE Publications, Inc. Arizona State University.; 2014. 341 p.

#### **DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE**

Declaramos não haver conflitos de interesse.