

ARTÍCULO ORIGINAL

INTERFERENCIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A MUJERES PUERPERALES EN UNA REGIÓN FRONTERIZA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19*


ASPECTOS DESTACADOS

1. Atención posparto en atención primaria con debilidades agravadas por la pandemia.
2. Sistema de salud pública en la región fronteriza desbordado.
3. Fallas en el intercambio de información perjudican la continuidad de la asistencia.

Rosenilda Duarte Fernandes Novakowski¹ 

Ana Paula Contiero¹ 

Marli Terezinha Stein Backes² 

Adriana Zilly¹ 

Maria Aparecida Baggio³ 

RESUMEN

Objetivo: identificar factores que interfirieron en la atención posparto en una región fronteriza durante la pandemia de COVID-19. **Método:** investigación cualitativa, utilizando como marco metodológico la Teoría Fundamentada. Desarrollado en atención primaria, en una región de la triple frontera, Brasil, Argentina y Paraguay, con 30 participantes entre mujeres puerperales, profesionales de la salud y directivos. Recopilación y análisis de datos entre agosto de 2021 y mayo de 2022, siguiendo las etapas de codificación abierta, axial y selectiva, según la perspectiva straussiana. **Resultados:** se identificaron cuatro subcategorías: "acceso a las unidades de salud", "comprensión de las visitas domiciliarias y búsqueda activa", "intercambio de información insuficiente en la red de atención" y "evidencia de un sistema de salud sobrecargado". **Conclusión:** se encontró que la mayoría de los factores que interfirieron en el cuidado de las mujeres puerperales ya existían, siendo agravados por la pandemia. Se recomienda implementar medidas que garanticen el intercambio de información y la contrarreferencia de manera oportuna.

DESCRIPTORES: Zonas Fronterizas; Primeros Auxilios; COVID-19; Período Posparto; Teoría Fundamentada.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Novakowski RDF, Contiero AP, Backes MTS, Zilly A, Baggio MA. Interferences in primary care for puerperal women in a border region during the COVID-19 pandemic. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2024 [cited in "insert year, month, day"]; 29. Available in: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v29i0.94168>.

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es un período de transformaciones biológicas, sociales y emocionales en la vida de la mujer, y los profesionales de la salud de la Atención Primaria de Salud (APS), a través del vínculo establecido desde el control prenatal, pueden construir un plan de cuidados para ese período, de acuerdo con las necesidades individuales, con el objetivo de un servicio calificado¹.

La APS es responsable del seguimiento de las mujeres en el puerperio, desarrollando acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, siendo el primer nivel de acceso para los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS)². Este seguimiento es necesario, ya que las mujeres pueden desarrollar eventos adversos, como: hemorragia; cambio en la presión arterial; infección, entre otras, que pueden comprometer su salud y derivar en resultados desfavorables, como la muerte materna. Por lo tanto, es fundamental garantizar la continuidad de la atención y reducir la morbilidad materna mediante la realización de consultas posparto³.

En la pandemia de COVID-19 se implementaron medidas restrictivas y distanciamiento social en un intento de reducir la exposición al virus SARS-CoV-2. Por lo tanto, fue necesario reorganizar los servicios de salud para atender a los pacientes con COVID-19⁴, lo que pudo haber comprometido la atención a las mujeres en el posparto. La triple región fronteriza, formada por Brasil, Paraguay y Argentina, así como el mundo entero, tuvo que adaptarse a las recomendaciones actuales, con el cierre temporal de las fronteras entre los tres países. Como resultado, hubo pérdidas, principalmente, en la atención de salud de los brasileños que residen en otros países fronterizos, ya que el sistema de salud brasileño es de mayor calidad, según los usuarios⁵.

Llama la atención, ante este escenario, que las regiones fronterizas presentan condiciones diferentes a otras en varios ámbitos. En materia de atención de salud, el municipio de Foz do Iguaçu, Brasil, tiene una mayor demanda de atención de salud en detrimento de los municipios fronterizos de los otros dos países⁶. También absorbe demandas de mujeres en el ciclo embarazo-puerperal, atendiendo a mujeres brasileñas residentes en Argentina y, principalmente, Paraguay, así como a extranjeras, que acceden a los servicios brasileños con comprobante de domicilio de familiares o amigos residentes en Brasil⁷.

Sabiendo que los ajustes realizados al SUS durante la pandemia afectaron la prestación de cuidados a las mujeres en el puerperio⁸ y las particularidades inherentes a las regiones fronterizas, surge la pregunta: ¿qué factores interfirieron en la atención posparto en una región fronteriza durante la pandemia? ¿Pandemia de COVID-19? El objetivo del estudio fue identificar factores que interfirieron en la atención posparto en una región fronteriza durante la pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Estudio cualitativo utilizando Teoría Fundamentada en los datos, enfoque Straussiano⁹, realizado en la ciudad de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, en unidades básicas de salud, estrategia de salud de la familia y en el Centro Materno Infantil (CMI).

El estudio contó con tres grupos de muestra y la selección de los participantes se basó en la conveniencia. El primer grupo estuvo integrado por 13 mujeres en el puerperio; el segundo, por 13 profesionales de la salud que laboraban en los servicios en cuestión, entre ellos cinco médicos, seis enfermeras y dos auxiliares de enfermería; y el tercero, finalmente, estuvo formado por tres responsables de unidad y un gerente del área materno

infantil del municipio, totalizando 30 participantes.

Los participantes fueron contactados por mensaje de texto, a través de la aplicación *WhatsApp*[®], de una lista proporcionada por APS o personalmente en el servicio de salud.

Tras la presentación del objetivo del estudio y la aceptación, los participantes indicaron la fecha, hora y modalidad de la entrevista (llamada de voz a través de la aplicación *WhatsApp*[®] o presencial), según su preferencia, realizándose 26 entrevistas mediante llamada de voz y cuatro en persona.

Las entrevistas fueron realizadas por una enfermera cursando la maestría, guiada por el investigador responsable, con experiencia en investigación cualitativa y en el método, utilizando un guion semiestructurado. Las entrevistas fueron grabadas en audio, con una duración promedio de veintitrés minutos, realizadas en un lugar privado, garantizando privacidad y confidencialidad. La recopilación y el análisis de datos se realizaron simultáneamente, desde agosto de 2021 hasta mayo de 2022.

Los datos fueron recolectados y analizados de manera sistemática, mediante el proceso de codificación abierta, axial y selectiva. Durante cada etapa de codificación, los códigos fueron agrupados, reagrupados y ordenados en categorías y subcategorías, en un proceso activo de ida y vuelta, necesario para comprender los datos e identificar el fenómeno de estudio, con la ayuda de la elaboración de diagramas y memorandos. La repetición de datos y la ausencia de nueva información relevante fueron criterios utilizados para no incluir nuevos participantes⁹.

El estudio forma parte del proyecto multicéntrico "Afrontamiento de la COVID-19 y Atención Materno Infantil", aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, con dictamen n° 4.837.617. Se realizó de conformidad con las Resoluciones del Consejo Nacional de Salud, N° 466/2012 y N° 510/2016, y Oficio N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS, para investigaciones con etapa en ambiente virtual.

Para garantizar el anonimato de los participantes, se utilizaron letras que los representan, seguidas de un número cardinal, según el orden de la entrevista. P para mujeres puerperales, PE para profesional de enfermería, PAE para profesional auxiliar de enfermería, PM para profesional médico, GU para gerente de unidad y G para gestor, p. ex. P1. . . P 13.

RESULTADOS

Las mujeres en posparto que participaron en el estudio tenían edades comprendidas entre 25 y 43 años. En cuanto al color/raza, siete se identificaron como blancas, cinco como pardas y una como negra; En cuanto al ingreso familiar, 11 reportaron ingresos entre uno y dos salarios mínimos, una reportó ingresos menores a un salario mínimo y una reportó ingresos entre tres y cuatro salarios mínimos. De las trece participantes, ocho vivían en Brasil y cinco en Paraguay.

Se identificaron cuatro subcategorías que corresponden a los factores intervinientes, en la atención primaria a mujeres puerperales en regiones fronterizas, durante la pandemia de COVID-19.

Acceder a las unidades de salud

Durante el período de emergencia de la pandemia de COVID-19, las unidades de

salud ofrecieron tres formas de acceso a las consultas posparto: agendamiento; servicio en un día específico de la semana sin necesidad de cita previa; y demanda espontánea.

Profesionales y gestores informaron que las mujeres en el puerperio recibieron atención presencial por demanda espontánea, principalmente durante la primera consulta posparto. Pocas unidades brindaron teleservicios en el período inicial de la pandemia. En ocasiones, cuando la paciente no acudía a la cita, se realizaba contacto telefónico para agendar una cita y, si esto no era posible, los profesionales buscaban recolectar información sobre el puerperio en el momento del contacto.

Fue atención únicamente presencial [...] La primera consulta fue sin cita previa, luego nos programaron un día para regresar. (P13)

[...] sólo en persona, porque, quiera o no, la enfermera tiene que evaluar la cicatrización, evaluar todo. Entonces fue solo en persona. (GU2)

[...] las llamamos y nos contaron cómo estaban. Si había alguna situación, intentábamos resolverla e intentar una visita domiciliaria para monitorearla, pero este contacto lo hacíamos por teléfono. (G1)

La principal razón por la que las mujeres acudieron al servicio fue la prueba del talón del recién nacido, en los primeros cinco días después del nacimiento, seguida de la vacunación y/o puericultura del niño, y no la consulta posparto. Cuando las pacientes asistieron al cuidado del niño, fueron recogidas por profesionales para la consulta posparto con el médico y/o enfermero, dependiendo de la disponibilidad de la unidad.

Puede ser con cita previa, pero puede ser demanda espontánea [...]. Normalmente ella se presenta allí para hacer la prueba del talón [...] están más preocupadas por el bebé que por ellas mismas. Entonces aprovechamos que fueron a hacer la prueba del talón, la segunda prueba, y coordinamos la consulta posparto. [...]. (PE6)

[...] fui el día que fue por el miedo a la fuga de sangre, entonces fui ese día y estaba el médico, entonces me mandaron directo al médico y la otra vez que fui fue porque era el día para que el bebé se haga la prueba del talón por segunda vez [...]. (P11)

Cabe señalar que el CMI suspendió los servicios por algunos días. En este servicio, la demanda disminuyó en el primer año de la pandemia, debido al cierre del puente que conecta Paraguay con Brasil (de marzo a octubre de 2020). Por lo tanto, impidió el acceso a mujeres brasileñas residentes en Paraguay, así como a extranjeros que eludieran el sistema de salud presentando direcciones de familiares o amigos residentes en Brasil, como prueba de residencia.

Continuó normalmente. Interrumpimos solo por 20 días. Luego continuó, por supuesto, la demanda disminuyó significativamente debido a las exigencias del servicio. Principalmente para las mujeres embarazadas brasileñas que vivían en Paraguay, existían una serie de barreras. Vinieron para recibir atención prenatal y se les restringió [el acceso]. (PM1)

[...] vamos a buscar esta paciente para evaluarla a ella y al bebé y ella nunca vivió aquí, nadie la conoce, dio dirección de alguien, tuvo control prenatal o ni siquiera tuvo control prenatal, a veces tuvo una consulta, tuvo al bebé, dio la dirección y desapareció y nadie puede encontrarla porque probablemente vive en uno de los países vecinos. (P6)

Hubo una disminución en la demanda de consultas posparto entre las mujeres brasileñas residentes en Brasil, especialmente al inicio de la pandemia. Esta disminución estuvo relacionada con el miedo al contagio, la falta de inmunización y el desconocimiento de los aspectos de la enfermedad y las repercusiones materno infantiles.

[...] tenían mucho miedo, tanto por la situación como por el bebé, tienen ese miedo [...] sólo noté que la búsqueda llegaba mucho menos [...]. [...] ella [la paciente] se escondió muy

bien en casa, con razón, la pandemia mató a muchos. (GU1)

[...] durante la pandemia se suspendieron las consultas clínicas, no las consultas prenatales ni las consultas posparto, pero luego qué pasó, las pacientes también tenían miedo de regresar, sobre todo con los recién nacidos, por cuenta de esta situación del COVID. (PE2)

[...] tenía un poco de miedo [...]. Pero fui y siempre se cuidaron lo más que pudieron. Intenté mantener la distancia también. (P12)

El acceso a las consultas posparto también estuvo influenciado por la condición epidemiológica del COVID-19. Las unidades de salud, sus espacios y sus equipos fueron (re)adaptados para atender a la población, en diferentes momentos. Algunas UBS se han convertido en referencia para la atención a usuarios con síntomas respiratorios. De esta manera, las pacientes fueron dirigidas a acceder a la atención médica en otras unidades, que no estaban dentro de su área de cobertura. Esto interfirió en el seguimiento posparto por la pérdida temporal del vínculo con la unidad de origen o, en el peor de los casos, por la falta de atención.

[...] cuando llegó ese momento [...] teníamos cuidados respiratorios y mantuvimos algunas cosas más [...] mantuvimos nuestro servicio [...] esta oficina y la de enfrente eran oficinas que eran de atención al COVID [...] en un segundo momento, terminamos consiguiendo estas mujeres embarazadas, este fue un momento muy difícil a decir verdad [...]. (PM5)

Comprendiendo la visita domiciliaria y la búsqueda activa

Durante la pandemia no se realizaron visitas domiciliarias, justificadas por el aislamiento social, aunque dejaron de ser una práctica común en el periodo previo a la pandemia por la insuficiente área de cobertura x cantidad de profesionales de la salud, particularmente agentes comunitarios de salud (ACS).

[...] antes de la pandemia teníamos consultas posparto. Al enterarnos que la mujer había tenido un bebé, fuimos a visitar la casa. Con la pandemia esto disminuyó [...] terminamos no yendo mucho a las casas de los pacientes, sobre todo al principio de la pandemia, cuando no podíamos hacer nada. [...] no es sólo el puerperio, el bebé y el marido, a veces, tienen los padres de ella, los padres de él [...]. Luego terminamos por no ir, no lo hicimos. (PE3)

[...] es un área de kilómetros, deberían ser unos 40 km, tal vez incluso más, de un extremo al otro. Es imposible, es imposible que podamos hacer visitas, es imposible y tenemos ACS, creo que aquí somos ocho ACS [...] terminamos asumiendo otras áreas también [...]. (PM5)

La búsqueda activa de pacientes continuó siendo realizada por algunos profesionales, de forma presencial o telefónica. Sin embargo, no todos lo hicieron, ni siquiera en el periodo previo a la pandemia.

La búsqueda activa tampoco cesó, tanto de las que faltaron a la atención prenatal como de las que faltaron al puerperio, a pesar de que no existía un ACS que cubriera toda el área [...]. (PE2)

[...] podemos enviar un mensaje, sin embargo, preguntar, cuestionar, no. Nosotros no hicimos eso, pero ellas tenían la libertad de tomar el número y enviar un mensaje. [...] No hacemos búsquedas activas. (PE1)

[...] sólo contamos con dos agentes comunitarios de salud. Estamos desfasados [...]. Necesitaríamos tener, para una cobertura total, 19 agentes. Entonces, para nosotros se torna difícil que ellas [ACS] vayan tras todas las pacientes puerperales [...]. (GU2)

Sólo una paciente afirmó haber recibido visita domiciliaria de un ACS, dos meses

después del parto, y el motivo de la visita no estaba relacionado con los cuidados posparto, sino con las vacunas de los niños.

Preguntó si todo estaba bien con la vacuna, miró las fichas de los niños, pero para el posparto en general, para mí no (P4).

Se encontró que los límites entre fronteras interfirieron en la búsqueda activa de ausentes, ya sea a través de visitas domiciliarias o contacto telefónico. Comúnmente, las mujeres brasileñas residentes en países vecinos, e incluso extranjeras, realizan consultas prenatales en Brasil (principalmente, en el CMI) y, después del parto, no regresan para el seguimiento posparto. Para ellas no se realiza ninguna visita domiciliaria ni búsqueda activa porque residen en otro país y no existen convenios internacionales para estas actuaciones.

[...] tenemos casos aquí de madres [...] cuando fuimos a hacer la búsqueda activa ya estaban en Paraguay [...]. (GU1)

[...] nos damos la vuelta y nos movemos y recibimos una solicitud de búsqueda activa, pero debido a que los niños que nacieron en alto riesgo tenían alguna condición que fue catalogada como de alto riesgo, entonces vamos tras esta paciente para evaluarla y al bebé y ella nunca vivió aquí, nadie la conoce, ella dio la dirección de alguien. [...] (PE6)

Teniendo un intercambio de información insuficiente en la red de atención.

Se identificó que no existe integración o intercambio de datos de parto y nacimiento entre los diferentes niveles de atención de salud para el seguimiento de las mujeres después del parto. Las pacientes regresan a la APS sin registrar información sobre la asistencia recibida en la atención secundaria y terciaria, la cual es obtenida por los profesionales a través del propio informe de la paciente, que puede ser incompleto o inconsistente (referido al parto, complicaciones y/o tratamientos realizados). Este hecho puede interferir con la continuidad de la atención.

[...] el hospital nunca manda contrarreferencia, aunque derivemos a una mujer embarazada, es una situación individual del profesional [...], el 99% de lo que es referenciado no regresa con contrarreferencia. El paciente regresa, pero regresa sin contrarreferencia. Entonces sabemos, tenemos una idea de lo que pasa con lo que refiere el paciente [...]. (PE2)

Cuando me dieron el alta no me dijeron nada de eso, que tenía que consultarme, cosas así. Respecto a los puntos que recibí, el médico que me dio el alta dijo que los puntos se caerían solos [episiotomía] y luego me dio un medicamento para aplicar el vendaje. (P2)

Además, los profesionales de la APS no reciben Certificados de Nacido Vivo (CNV), condición que les permitiría estar al tanto de las mujeres que ya dieron a luz e identificar a las que estuvieron ausentes para brindar atención oportuna.

[...] en el otro municipio donde trabajaba nos pagaban todos los riesgos, tanto el alto como el habitual y el intermedio. El único que hemos recibido [en Foz do Iguaçu] es un niño de alto riesgo [...]. (PE5)

Las orientaciones que reciben las mujeres en el ciclo embarazo-puerperal en la red de atención de salud sobre el seguimiento puerperal son insuficientes o engañosas, como buscar APS hasta 15 días después del parto.

[...] Creo que tal vez falta orientación durante el control prenatal sobre la importancia de la consulta posparto para que realmente se interesen y vuelvan a estas consultas con nosotros. (G1)

[...] Sólo me dijeron que tuviera cuidado en casa, que no hiciera esfuerzo físico, esas cosas y luego seguimos con el bebé en el centro materno. (P11)

El médico me dio algunos medicamentos para tomar y me dijo que fuera a programar una cita y ver a una enfermera en la clínica 15 días después. A los siete días fui, entonces la enfermera me pidió que fuera con 15, para que me quitaran los puntos, y el doctor me dijo que fuera a que me quitaran más puntos. (P4)

Destacando un sistema de salud sobrecargado

Debido a la ubicación geográfica del municipio, residentes de países vecinos (tanto brasileños como extranjeros), principalmente de Paraguay, cruzan la frontera para recibir atención médica en Brasil. Esta condición sobrecarga el sistema de salud, ya que, además de la atención rutinaria a la población residente en el área de cobertura de las unidades, también se atiende a usuarios residentes en países vecinos. Esta sobrecarga de cuidados interfiere con la implementación de acciones de prevención, también relacionadas con el puerperio.

[...] Ni siquiera podemos contemplar realmente quién es el residente, quién está aquí, el residente. No es que el extranjero no tenga derecho, lo tiene siempre y cuando presente documentación brasileña como extranjero [...]. (PE2)

[...] la demanda interfiere mucho, nos guste o no, Brasil es una guardería para ayudar a otros países, vemos que hay mucha gente que, a veces, consigue documentación o tiene algún familiar que vive aquí [...]. (PM2)

[...] Estamos muy ocupados, no podemos llevar a cabo la prevención que pudimos hacer en el pasado. En promoción de la salud estamos en automático, porque la demanda es muy alta y durante la pandemia muchos profesionales fueron despedidos. Comenzó la vacunación, entonces nos adaptamos a la situación [...]. (PE4)

Además de la condición de frontera, los profesionales indicaron que las áreas de cobertura de los servicios de salud son muy extensas, tanto en población como en territorio, con recursos humanos restringidos, interfiriendo en las acciones de salud de la APS, particularmente aquellas enfocadas al puerperio. Además, no se incluyen las acciones previstas para la atención de mujeres puerperales brasileñas residentes en Paraguay, ni de mujeres extranjeras que acceden a los servicios de salud brasileños. Además, la demanda de atención aumentó considerablemente durante el período de emergencia de la pandemia de COVID-19.

DISCUSIÓN

Las mujeres, en el posparto, acceden a las unidades de salud en los primeros días después del alta hospitalaria, no para su propia consulta, sino para cuidar al niño, comúnmente para la prueba del talón. Modalidad de acceso ya descrita en el periodo previo a la pandemia¹⁰ y continuada durante todo su transcurso.

La pandemia de COVID-19 impactó a los servicios de salud a nivel mundial, obligándolos a readaptar sus flujos para satisfacer la demanda existente y la generada por la pandemia. En esta dirección, se impulsaron algunas medidas, como: reducir el número de consultas prenatales y puerperales presenciales, incrementar el uso de la teleasistencia, acelerar el parto y el alta precoz¹¹.

En Brasil, las mujeres puerperales y las embarazadas fueron incluidas en el grupo de riesgo para el COVID-19, debido a la vulnerabilidad de las mujeres durante este período y al mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves, y se recomienda mantener la atención a este grupo de manera constante, de forma continua¹².

En este estudio, sólo dos unidades brindaron teleservicio, pero por un período corto y por un número reducido de profesionales, siendo la atención predominantemente presencial. Un estudio realizado en Estados Unidos encontró el uso generalizado de la telemedicina durante el período de mayor restricción, sin embargo, la mayoría de los participantes calificaron la atención virtual como insuficiente; expresaron su creencia de que no recibieron la atención necesaria y adecuada para ellos y el recién nacido¹³, quejándose también de la insuficiencia en la resolución de problemas de salud, dificultades técnicas y problemas en el establecimiento de relaciones con los proveedores de atención¹⁴.

El teleservicio se puede utilizar además del servicio presencial. Este tipo de servicio permite alternar consultas presenciales y remotas, ofrecer orientación sobre la atención a la mujer y al recién nacido y monitorear situaciones de riesgo, con el fin de prevenir complicaciones¹⁵.

La triple región fronteriza de Foz do Iguazu tiene un gran flujo de personas que cruzan las fronteras por motivos comerciales, turísticos, laborales y de salud. Una de las medidas para intentar contener la circulación del virus fue el cierre de las fronteras en esta región, incluido el cierre del Puente Internacional de la Amistad, que conecta Brasil y Paraguay, entre abril y octubre de 2020. El cierre del puente tuvo repercusiones en la vida de las personas, incluso en el área de salud, ya que la población fronteriza, principalmente aquellas con vulnerabilidad social, busca servicios de salud en Brasil, debido a la percepción de que los servicios que se ofrecen en este país son mejores que en su país de residencia^{5,16}.

Las mujeres embarazadas y en el período del puerperio transfronterizas, además de presentar vulnerabilidades relacionadas con el ciclo embarazo-puerperal, aún viven alejadas del servicio de salud donde reciben atención. Un estudio realizado en la región fronteriza, en Paraná, describe que la ubicación geográfica es una de las barreras de acceso; el hecho de vivir en un municipio y tener que desplazarse a otro para recibir atención sanitaria o tener que recorrer largas distancias para acceder al servicio puede afectar la salud de estos usuarios¹⁷. Con el cierre temporal del puente durante la pandemia de COVID-19, hubo dificultades para acceder a la atención médica.

Además de estos problemas, los datos demuestran que las mujeres posparto tenían miedo de infectarse o contagiar a su recién nacido. Sin embargo, la mayoría acudió a las unidades de APS para asistir a la consulta de posparto, aunque fuera tarde. En el Reino Unido, un estudio indicó que la mayoría de las mujeres en el ciclo embarazo-puerperal informaron que la pandemia interfirió en su atención médica, teniendo cancelaciones o reprogramaciones de citas y atención remota¹⁸.

Si bien la APS es responsable del seguimiento de la salud de la mujer después del parto, con: acciones de visitas domiciliarias por parte del equipo de enfermería hasta el quinto día después del parto, fomento de la lactancia materna, planificación sexual y reproductiva, consultas puerperales —la primera de siete diez días posparto y la segunda hasta a 30 días, existen debilidades en la implementación de estas acciones¹⁹.

Un estudio realizado en el estado de Paraná corrobora los hallazgos de esta investigación sobre las visitas domiciliarias, cuando describe que no todas las unidades de APS realizan visitas domiciliarias y que la iniciativa para el seguimiento posparto en tiempo y forma recae en la mujer puerperal. El mismo estudio identifica fallas en la contrarreferencia, falta de información a las pacientes sobre la importancia del seguimiento durante el puerperio, atención centrada en el niño y no realización de un examen físico a todas las pacientes, con mayor énfasis en la prescripción de medicamentos y anticonceptivos²⁰.

Además, en la región fronteriza existen especificidades que difieren de otras regiones. La búsqueda activa se realiza, pero no en su totalidad, de madres que no acudieron a la unidad de salud en la primera semana. Sin embargo, no es posible realizar una búsqueda activa de quienes residen en países vecinos⁷.

En cuanto al intercambio de informaciones en la red de atención y directrices sobre la

necesidad de consultas puerperales, un estudio realizado en Bahía corrobora los hallazgos de esta investigación, describiendo que la falta de planificación y sistematización interfiere directamente en la atención a las mujeres puerperales y al recién nacido; como se explicó, no existe una comunicación efectiva entre la APS y la red hospitalaria²¹.

En este estudio, el escenario de la APS tenía problemas y debilidades preexistentes, agravados por la pandemia de COVID-19. La salida de profesionales del grupo de riesgo o infectados por COVID-19 y la mayor demanda de atención provocaron una sobrecarga en los sistemas de salud, generando la necesidad de reorganizar las unidades para la continuidad de la atención. Fue necesario implementar medidas como la suspensión de actividades grupales, la separación del espacio físico entre pacientes sintomáticos y no sintomáticos y la suspensión de consultas electivas, excepto para grupos de riesgo, incluidas mujeres embarazadas y mujeres puerperales²².

Vale la pena señalar que en la región fronteriza la sobrecarga de los sistemas de salud también está relacionada con la atención transfronteriza. Esto se debe al aumento de la demanda de brasileños y extranjeros residentes en países vecinos, lo que lleva a una disminución de los recursos estructurales, financieros y humanos en los servicios de salud; se considera que esta población no está incluida en la transferencia financiera del SUS, ya que el financiamiento se transfiere según la población residente en el municipio²³.

El estudio se limitó a entrevistar a pacientes en el período del puerperio, profesionales de la salud y gestores de atención primaria en un municipio fronterizo. Se sugiere, en otras investigaciones, incluir otros niveles de atención, así como municipios fronterizos, para confirmar o incluir nuevos datos sobre el tema.

CONSIDERACIONES FINALES

Entre los factores que interfirieron en la atención de la salud de las mujeres puerperales en la triple frontera de Foz do Iguaçu durante el período de pandemia, se destacaron: atención predominantemente presencial, ausencia de visitas domiciliarias, fragilidad en la búsqueda activa, déficit en el compartir información entre niveles de atención y sobrecarga del sistema de salud por las particularidades de la región fronteriza, sumado a las exigencias provocadas por la pandemia.

Se recomienda combinar la atención remota con la atención presencial para la atención en la unidad de salud, en caso de condiciones epidemiológicas que impidan la atención presencial. Son necesarias medidas para compartir información y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención para brindar atención a las mujeres en el posparto.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado por la Fundação Araucária. Edital: CP 11/2020 — Programa de Investigación para el SUS: Gestão Compartilhada em Saúde — PPSUS Edición 2020/2021 Protocolo N° SUS2020131000085.

REFERENCIAS

1. Santos MLC, Reis JF, Silva R de P, Santos DF, Leite FMC. Postpartum depression symptoms and association with socioeconomic and social support characteristics. Esc Anna Nery. [Internet]. 2022 [cited 2023 May 09];

26:e20210265. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0265>

2. Toso BRGO, Fungueto L, Maraschin MS, Tonini NS. Nurses' performance in distinct models of Primary Health Care in Brazil. *Saúde debate*. [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 20]; 45(130):666-80. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>

3. Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, Pitilin EB. Longitudinal care: factors associated with adherence to postpartum follow-up according to data from PMAQ-AB. *Cad. Saúde pública*. [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 20]; 38(3)e00103221. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221>

4. Pan American Health Organization (PAHO). COVID-19 fact sheet: history of the COVID-19 pandemic [Internet]. PAHO; 2020 [cited 2022 Nov 01]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19>

5. Silva-Sobrinho RA, Zilly A, Silva RMM, Arcoverde MAM, Deschutter EJ, Palha PF, et al. Coping with COVID-19 in an international border region: health and economy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 22]; 29:e3398. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4659.3398>

6. Hortelan MS, Almeida ML, Fumincelli L, Zilly A, Nihei OK, Peres AM, et al. The role of public health managers in a border region: a scoping review. *Acta Paul. Enferm*. [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 01]; 32(2):229-36. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>

7. Picco TM, Baggio MA, Hirano AR, Caldeira S, Ferrari RAP. Child health care in primary care in a border region. *Esc. Anna Nery*. [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 30]; 26:e20210104. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0104>

8. Sakowicz A, Matovina CN, Imeroni SK, Daiter M, Barry O, Grobman WA, et al. The association between the COVID-19 pandemic and postpartum care provision. *Am. J. obstet. Gynecol*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Sept 27]; 3(6):100460. Available from: <https://doi.org/10.1016%2Fj.ajogmf.2021.100460>

9. Strauss A, Corbin JM. *Qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

10. Castiglioni CM, Cremonese L, Prates LA, Schimith MD, Sehnem GD, Wilhelm LA. Puerperal care practices developed by nurses in the Family Health Strategies. *Rev. Enferm. UFSM*. [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 22]; 10:1-19. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769237087>

11. Riley V, Ellis N, Mackay I, Taylor J. The impact of COVID-19 restrictions on women's pregnancy and postpartum experience in England: a qualitative exploration. *Midwifery*. [Internet]. 2021 [cited 2022 July 28]; 101:103061. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103061>

12. Ministry of Health (BR). Secretariat of Primary Health Care (SAPS). Coronavirus (COVID-19) clinical management protocol in Primary Health Care [Internet]. Brasília (DF), 2020 [cited 2022 Mar 19]. 38 p. Available from: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>

13. Kolker S, Biringer A, Bytautas J, Blumenfeld H, Kukan S, Carrol JC. Pregnant during the COVID-19 pandemic: an exploration of patients' lived experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Internet]. 2021 [cited 2022 July 20]; 21(1):1-13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04337-9>

14. Gomez-Roaz MV, Davis KM, Leziak K, Jackson J, Williams BR, Feinglass JM, et al. Postpartum during a pandemic: challenges of low-income individuals with healthcare interactions during COVID-19. *Plos One*. [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 01]; 17(5):e0268698. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268698>

15. Couto TM, Oliveira OS, Santana AT, Moreira RS, Meira VS. Telehealth in the pregnancy-puerperal period: complementary health strategy in a pandemic scenario. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2022 [cited 2022 Sept 01]; 31:e20210190. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0190>

16. Mascarenhas MC, Klauck S. COVID 19 and the closure of the International Friendship Bridge RELACult. [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 05]; 6(3). Available from: <https://doi.org/10.23899/relacult.v6i3.2030>

17. Zaslavsky R, Goulart BNG. Pendulum migration and healthcare in border área. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 12]; 22(12):3981-86. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>
18. Brislaïne Á, Larkin F, Jones H, Davenport MH. Access to and quality of healthcare for pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Global Women's Health*. [Internet]. 2021 [cited 2022 July 21]; 2:628625. Available from: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.628625>
19. State Department of Health of Paraná (SESA/PR). Guideline – Maternal and child care: pregnancy [Internet]. Sesa/PR: Curitiba; 2022. [cited 2022 Sept 12]. Available from: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Materno-Infantil>
20. Canario MASS, Cardelli AAM, Caldeira S, Zani AV, Baggio MA, Ferrari RAP. The living of women in the puerperal period: (dis)continuity of care in maternity and primary care. *Cienc Cuid Saúde*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Sept 19]; 20:e55440. Available from: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.55440>
21. Silva KL da, Mourão ISS, Lima Júnior FA, Medeiros FHA de, Tourinho EF, Queiroz PSS. The perception of puerpers to the care provided by the nursing team regarding their puerperium. *RSD*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 01]; 10(15):e303101523212. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23212>
22. Weiler AB, Camargo MEB de, Burg MR. Managers' perception of the impact of COVID-19 on primary health care services. *RECIMA*. [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 01]; 3(8):e381794. Available from: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i8.1794>
23. França AFO, Silva RMM da, Monroe AA, Mairink APAR, Nunes LC, Panobianco MS. Therapeutic itinerary of breast cancer women in a border municipality. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 01]; 74(06). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0936>

INTERFERENCES IN PRIMARY CARE FOR PUERPERAL WOMEN IN A BORDER REGION DURING THE COVID-19 PANDEMIC*

ABSTRACT:

Objective: To identify factors that have interfered with puerperal care in a border region during the COVID-19 pandemic. **Method:** qualitative research, using Grounded Theory as a methodological reference. It was developed in primary care in the triple border region of Brazil, Argentina, and Paraguay, with 30 participants, including puerperal women, health professionals, and managers. According to the Straussian perspective, data collection and analysis were collected between August 2021 and May 2022, following the stages of open, axial, and selective coding. **Results:** four subcategories were identified: "accessing health units", "understanding home visits and active search", "having insufficient information sharing in the care network" and "showing an overloaded health system". **Conclusion:** it was found that most of the factors that interfered with puerperal women's care already existed and were aggravated by the pandemic. It is recommended that measures be put in place to guarantee the sharing of information and timely counter-referrals.

KEYWORDS: Border Areas; Primary Health Care; COVID-19; Postpartum Period; Grounded Theory.

*Artículo extraído de la tesis de máster "Atenção à saúde de puérperas em uma região de fronteira: fragilidades agravadas pela pandemia da Covid-19", Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2022.

Recibido en: 05/06/2023

Aprobado en: 24/10/2023

Editor asociado: Dra. Tatiane Trigueiro

Autor correspondiente:

Maria Aparecida Baggio

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

R. Universitária, 1619, Jardim Universitário, Cascavel - PR - Brasil - CEP: 85819-110

E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Novakowski RDF, Baggio MA**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Novakowski RDF, Contiero AP, Backes MTS, Zilly A, Baggio MA**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Novakowski RDF, Contiero AP, Backes MTS, Zilly A, Baggio MA**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).