



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Atenção primária à saúde e pré-natal: o ciclo gravídico puerperal e a avaliação do atendimento recebido a partir da percepção de gestantes e puérperas

Primary health and prenatal care: the gravidic puerperal cycle and the evaluation of the service from the perception of pregnant and puerperal woman

Luciana Suárez Grzybowski¹, Patricia Pereira de Oliveira², Marinez Amabile Antonioli³, Talita Colombo⁴, Laura de Azevedo Viana⁵, Camila Selau Pereira⁶

RESUMO

A gestação e o puerpério são influenciados por múltiplos fatores de natureza biopsicossocial, bem como pela facilidade de acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis. Dessa forma, identificar as percepções de como as mulheres vivenciam esse período em suas vidas bem como as características do atendimento recebido é fundamental. Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo com 32 gestantes e 12 puérperas de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Chapecó/SC. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas com as usuárias. Os resultados evidenciaram intensas alterações psicossociais na gravidez e no puerpério e satisfação com o atendimento recebido. As usuárias realizaram o número de consultas e exames preconizados pelo SUS e receberam atendimento competente da equipe. Como fatores negativos elas apontaram o número reduzido

¹ Psicóloga, Doutora em Psicologia (PUCRS), Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Docente do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). E-mail: luciana.sgrzybowski@gmail.com

² Médica Ginecologista-Obstetra, Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Professora Titular da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

³ Farmacêutica, Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ)

⁴ Médica, Especialista em Reprodução Humana, Ginecologista e Obstetrícia pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/UFCSA, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

⁵ Enfermeira graduada pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

⁶ Psicóloga, Especialista em Terapia Sistêmica pelo Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI), Especialista em Saúde Mental pelo Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS).

de ultrassonografias e a impossibilidade de escolher o profissional responsável pela realização do parto. Percebeu-se que as pacientes possuem uma conduta proativa face às dúvidas que surgem na gestação e uma postura crítica sobre o atendimento recebido, porém há necessidade de qualificar as ações de promoção e prevenção de saúde materno-infantil, em especial no puerpério.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Puerpério. Atenção primária à saúde. Avaliação.

ABSTRACT

The pregnancy and the puerperium are influenced by multiple biopsychosocial factors, as well as ease of access and technical quality of health services available. Thus, identifying the characteristics of the health care provided to pregnant and postpartum women is essential. In order to do that, a study was conducted with 32 women and 12 puerperal women of two Basic Health Units (BHU) from Chapecó/SC. Data collection was conducted through interviews with the users. The results showed that the health care provided meets the needs of most pregnant and puerperal women, who went through the number of appointments and tests recommended by the NHS and received care from their competent staff. Negative factors, pointed by users, include small amount of ultrasounds and the impossibility to choose the professional responsible for the delivery. It was noticed that the patients have a pro-active behavior in view of the doubts that arise during the pregnancy and a critical view about the health care received, but there is a need to qualify the actions of mother and child health.

KEYWORDS: Pregnancy. Puerperium. Primary health care. Evaluation.

INTRODUÇÃO

A gestação é influenciada por múltiplos fatores que perpassam desde os de natureza biológica aos de caráter psicossocial e econômico, englobando a facilidade de acesso e a qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis.¹⁻³ Muitas vezes, a atenção pré-natal representa a única oportunidade de algumas mulheres receberem assistência médica, constituindo-se, portanto, um exercício de prevenção e promoção de saúde, que visa primordialmente à preservação da saúde física e mental da grávida, do bebê, da relação entre ambos e a identificação das alterações próprias da gravidez que possam repercutir nocivamente sobre o feto.⁴

No Brasil, a assistência pré-natal e puerperal é um direito de todas as mulheres, sendo disponibilizada de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta assistência, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e após o parto, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes, dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso.⁵

Neste sentido, o MS do Brasil vem estimulando a assistência humanizada no pré-natal e nascimento, através da adoção do Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN) desde 2001. O conceito de atenção humanizada é amplo, abrangendo

conhecimentos, práticas e atitudes que devem iniciar no pré-natal e estender-se ao período pós-natal de forma a prevenir morbimortalidade materna e perinatal e evitar intervenções desnecessárias para esse binômio.⁵

Assim, em 2011 o MS cria a Rede Cegonha, que tem como estratégia garantir às mulheres e às crianças vivenciar a experiência da maternidade e do nascimento com respeito, dignidade e segurança, assegurando que o parto é uma função fisiológica e natural constituindo para mulher, parceiro e família um momento único, de forma que não deve ser considerado como doença ou um processo patológico.⁶

Pode-se dizer que o foco estratégico da Rede Cegonha é a redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente em seu componente neonatal, através da inovação e excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como ações em torno do desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida⁶. A proposta dispõe oferecer atendimento humanizado, seguro e de qualidade para todas as mulheres, acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde de crianças do zero aos 24 meses com qualidade e resolutividade, acesso às ações de planejamento reprodutivo.⁷

Os profissionais de saúde são coadjuvantes importantes neste momento, desempenhando papel fundamental tanto no reconhecimento dos períodos críticos, que necessitem sua intervenção para manter a saúde mãe-bebê, quanto na oportunidade de disponibilizar seus serviços de conforto e orientação a serviço do bem-estar de ambos. Os cuidados da equipe multiprofissional evitam e previnem agravos à gestante, proporcionando melhor qualidade de vida e diminuindo os riscos de morbimortalidade materna e fetal.^{8,9}

Pensando sobre a importância da relação mãe-bebê como algo a ser investido neste momento, faz-se fundamental que o pré-natal também enfatize o vínculo materno-infantil para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo saudável da criança ao longo de toda a sua vida. A formação do vínculo mãe-bebê é essencial na infância e sua importância é maior nessa idade do que nos períodos posteriores. A atitude emocional da mãe orienta o bebê, conferindo qualidade de vida à sua experiência e servindo como organizador da sua vida psíquica, por possibilitar identificações que poderão influenciar seu desenvolvimento posterior.¹¹⁻¹³

Soma-se a isso a importância do apoio social recebido neste momento pela gestante e recém-mãe nos diferentes níveis de complexidade que a tarefa parental exige. Além do âmbito do atendimento em saúde, dos recursos comunitários e da rede de assistência, o apoio social percebido e recebido da família começa a estruturar as bases para uma parentalidade positiva e saudável ou para um exercício parental problemático. Intervir precocemente nessas relações e nos vínculos estabelecidos entre pai-mãe-filho é um fator de proteção da saúde conjugal, parental e familiar como um todo, visto que

a relação entre conjugalidade e parentalidade é indissociável e reverbera em todo o sistema de interações familiares.¹⁹⁻²²

Nesse sentido, a rede de saúde atua como importante ponto de apoio à gestante, à puérpera e à família. Em estudo realizado por Cardoso et al.²³ a respeito da percepção de gestantes sobre a assistência em pré-natal de baixo risco em Recife, foi possível identificar que para a maioria das gestantes entrevistadas houve satisfação no que se refere ao acolhimento, à organização do serviço, à assistência prestada pelos profissionais e ao tempo para realização dos exames.²³

Em relação à percepção de puérperas sobre o atendimento recebido em unidades básicas de saúde da região oeste de Sorocaba durante consultas de pré-natal, Kawatsu et al.²⁴ apontam em sua pesquisa que essas relataram boa assistência, escuta ativa, vínculo, orientações e esclarecimentos de dúvida dos profissionais envolvidos no período pré-natal, parto e puerpério.²⁴

Em estudo realizado por Zampieri⁹ com cinco casais grávidos em um centro de saúde de Florianópolis, foi possível concluir que o profissional de saúde, assim como as mulheres, tem papel importante na inserção do companheiro, estimulando sua participação desde a gestação, nas consultas e nas práticas educativas como uma estratégia de maior compreensão do processo do nascimento, promovendo ampliação da autonomia, reflexão e exercício da maternidade e paternidade.⁹

Diante da complexidade da situação explanada, questiona-se como está transcorrendo o atendimento pré-natal, da gravidez ao puerpério, no que tange à proteção e promoção da saúde física, emocional, individual e familiar. Assim, buscando responder a essa questão, pretende-se conhecer as características do ciclo gravídico-puerperal, além de desvelar as vivências das mulheres (gestantes e puérperas) durante o percurso inicial da maternidade. Pretende-se também avaliar, a partir de suas perspectivas, o atendimento que vêm recebendo no SUS, a fim de identificar potencialidades e dificuldades do mesmo. Dessa forma, será possível perceber quais as lacunas existentes e pensar em propostas de intervenção objetivando supri-las, buscando com isso implementar melhorias na qualidade da atenção primária à gestante, contribuindo para as estratégias de política pública e para a qualidade da relação mãe-bebê e das relações familiares.

MÉTODOS

Delineamento

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de delineamento transversal e analítico, que avalia a percepção das usuárias sobre o período gravídico-puerperal e o atendimento recebido durante o pré-natal realizado pelo SUS.

Participantes

O estudo foi desenvolvido junto a duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Chapecó/SC. Para conhecer a vivência em toda a linha de cuidado da saúde materno-infantil, participaram da pesquisa 32 gestantes e 12 puérperas pertencentes ao território de abrangência dessas UBS. A escolha das participantes se deu por conveniência, a partir de indicação da enfermeira-chefe responsável e aceite/disponibilidade da usuária, de forma a pensar todo o ciclo gravídico-puerperal durante o acompanhamento da saúde materno infantil.

Instrumentos

Os dados foram obtidos através de levantamento de dados sociodemográficos dos prontuários e da realização de entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro foi elaborado pelas pesquisadoras. A entrevista com as gestantes abordou a vivência da gestação e do acompanhamento pré-natal e a entrevista com as puérperas centrou-se na percepção do puerpério e a experiência da maternidade, assim como na avaliação dos atendimentos de saúde recebido por ambas no respectivo período.

Procedimentos de coleta de dados

As entrevistas foram realizadas nas UBS de referência da usuária e tiveram duração média de cinquenta minutos, sendo que todas foram gravadas em áudio com autorização das participantes e, posteriormente, transcritas para análise do material. A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2010 a fevereiro de 2011, em duas UBS escolhidas mediante sorteio.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram caracterizados a partir da técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin²⁵, com ênfase qualitativa. É um método muito útil e reconhecido para trabalhar e analisar dados obtidos a partir de métodos qualitativos. É definido como um conjunto de técnicas e análise de comunicações que vai considerar as significações, procurando conhecer aquilo que está por trás das palavras.²⁵

Em um primeiro momento, chamado pré-análise, busca-se a organização do material a ser analisado, formulações de objetivos e hipóteses, como também indicadores que fundamentem a interpretação final. O próximo passo foi chamado de exploração do material, no qual os pesquisadores codificaram os dados brutos através de recortes, agregações e enumerações permitindo uma descrição das características pertinentes do conteúdo. A partir disso, os resultados foram tratados de maneira a terem uma significação e uma interpretação.²⁵

Preceitos éticos

Seguindo os preceitos éticos, os sujeitos do estudo foram esclarecidos acerca dos procedimentos da pesquisa, em concordância com os mesmos, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, assegurando o resguardo de sua privacidade, passando a compor a amostra do estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó (Protocolo 069/07), conforme os preceitos éticos contemplados na resolução para pesquisas com seres humanos (Resolução 466/12) do Conselho Nacional de Saúde.²⁶ Para a análise e discussão dos resultados, foram atribuídos codinomes às participantes (E1, E2, etc.).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, serão apresentados dados de caracterização das participantes, referentes à faixa etária, situação conjugal, nível de escolaridade e período gestacional.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das gestantes e puérperas entrevistadas, no município de Chapecó/SC, 2011

Dados sociodemográficos	Gestante n (%)	Puérperas
Faixa etária		
<15	1 (3,5)	0
15-20	6 (18,7)	0
21-25	12 (37,5)	2 (16,7)
26-30	5 (15,6)	4 (33,3)
31-35	8 (25,0)	6 (50,0)
Situação conjugal		
União estável	37 (84,1)	
Solteiras	7 (15,9)	
Nível de escolaridade		
Fund. Incompleto	3 (9,4)	0
Fund. Completo	1 (3,1)	3 (25,0)
Ens. Médio Completo	18 (56,2)	7 (58,3)
Ens. Superior Incompleto	7 (21,9)	1 (8,3)
Ens. Superior Completo	3 (9,4)	1 (8,3)
Situação empregatícia		
Trabalho formal		
Trabalho informal ou não trabalham	20 (45,4)	
	24 (54,5)	
Período gestacional		
1º trimestre	6 (13,6)	
2º trimestre	14 (31,8)	
3º trimestre	12 (27,3)	
Puérperas	12 (27,3)	

Fonte: elaborado pelos autores

Observou-se na Tabela 1 que houve uma distribuição das gestantes/puérperas entre os 15 e os 35 anos, mesclando participantes adolescentes e adultas, com predomínio de mulheres entre 20 e 30 anos. Considerou-se que primigestas adolescentes, com idade entre 16 e 19 anos e que receberam cuidados pré-natais adequados, não apresentavam risco perinatal aumentado; por outro lado, este quadro aparentemente favorável do ponto de vista obstétrico não anula as significativas consequências psicológicas e socioeconômicas que uma gravidez na adolescência pode acarretar.²⁷

Em relação à situação conjugal, 84,1% das mulheres vivem em situação de união estável ou casamento, enquanto 15,9% são solteiras.

Verificou-se que mais da metade da amostra (56,8%) possui nível médio de escolaridade. Pode-se afirmar que a baixa escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, pois está associada ao baixo peso ao nascer, a perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como ao aumento do número de partos.²⁸

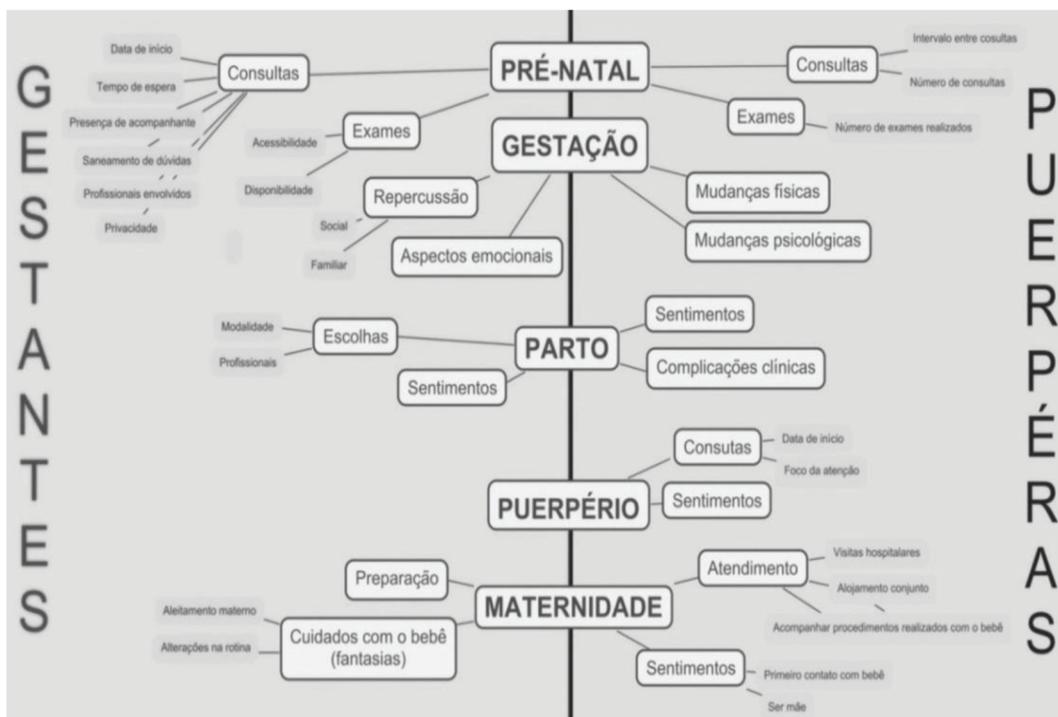
Na situação empregatícia, 20 entrevistadas trabalhavam com carteira assinada; destas, uma ficaria um mês em licença-maternidade, uma ficaria três meses. A grande maioria (15 entrevistadas) ficaria três meses e três entrevistadas ficariam seis meses. O restante das entrevistadas possuía trabalho informal ou não trabalhava.

Estavam vivenciando sua 1ª gestação, 24 pacientes, enquanto 17 entrevistadas estavam na 2ª gestação, e duas das entrevistadas estavam na 3ª gestação.

Categorização das entrevistas

A exposição está dividida entre os dois grupos e demonstra as categorias de análise que emergiram a partir da categorização horizontal e vertical das entrevistas, conforme mapa apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Categorias emergentes - Gestantes e Puérperas



Fonte: elaborado pelos autores

Gestantes

Quanto ao início do pré-natal, à maioria das gestantes relata ter realizado a primeira consulta durante os dois primeiros meses da gravidez:

“Iniciei quando estava grávida de dois meses” (E1).

No contexto da saúde pública, a atenção materno-infantil tem sido reconhecida como prioritária. No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1983 vem ampliando as ações de saúde voltadas à população feminina destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal.⁴

Em relação à presença de acompanhantes nas consultas a maioria relata ir sozinha.

“Meu marido ia vim junto, mas como antes da consulta tem essas palestras, ele ia perder a manhã inteira de trabalho, se chover algum dia que ele não puder ir trabalhar daí ele vem comigo” (E2).

As que contavam com a presença de acompanhantes evidenciaram grande satisfação com o fato. Entre fatores apontados que impedem a participação do pai no acompanhamento da gravidez está à questão cultural, a não liberação do homem do

trabalho, o desconhecimento do homem a respeito de seus direitos, a postura de algumas mulheres que não deixam seus parceiros atuarem, o despreparo de profissionais para a inclusão do pai. Como fatores que favorecem a presença paterna pode-se descrever a valorização da mulher de abertura, valorização paterna, disponibilidade de tempo e interesse, e estímulo dos profissionais.⁹

Na realização de exames, todas relataram facilidade, com um tempo de espera aceitável para realização e resultados:

“Já fiz os exames todos aqui no posto, não paguei nada”; “aqui ou quando tem que fazer na Clínica da Mulher é tudo pelo SUS também” (E3).

A ultrassonografia morfológica, um exame que não é fornecido pelo SUS:

“Fiz todos, eu fiz praticamente todos pelo posto, só uma ultrassonografia que tinha que fazer, e daí não tem pelo posto, daí eu fiz particular” (E4).

Em estudo realizado por Piccinini¹⁸ a fim de investigar um grupo de gestantes quanto suas percepções e sentimentos sobre o pré-natal, foi possível verificar que além do pré-natal, a ultrassonografia tem um papel importante na redução de preocupações da gestante quanto sua própria saúde e do bebê, e também na formação do vínculo.¹⁸

Quanto ao esclarecimento de dúvidas, referiram que, quando não esclarecidas pelos profissionais, buscam respostas através de leituras e de *websites*:

“O que eles não falam, eu procuro em livros ou na internet” (E5).

Porém, os profissionais envolvidos no cuidado:

“Eles se envolvem, se preocupam muito, a gente sabe que por aí tem uns que só fazem porque é obrigação, mas aqui eles se preocupam realmente” (E5).

Sabe-se que a disponibilidade de acesso ao serviço, a oferta do exame confirmatório, a qualidade de assistência prestada pelo serviço de saúde, bem como a empatia pela equipe e o estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde, influenciarão positivamente na decisão da gestante em realizar o acompanhamento pré-natal.²⁹

Na repercussão social da gravidez, algumas gestantes referiram não haver recebido boa aceitação de imediato, sendo que as pacientes que referem essas dificuldades são as mais jovens e cuja gestação não foi planejada. Nestes casos, a falta de rede de apoio soma-se ao fator surpresa da gravidez num momento de pouca estrutura para receber uma criança:

“Ah, ficaram feliz, só meu pai, ele não ficou brabo, mas ficou meio assim” (E6).

Em relação aos aspectos emocionais, todas relatam que a gestação está sendo marcada por crises emocionais e com momentos de irritação:

“Eu tô assim sensível, qualquer coisinha, não precisa brigar comigo, é só discordar que eu já tô chorando” (E7).

Durante o período gestacional, a instabilidade emocional, o choro frequente e irritabilidade podem estar presentes. A intensidade das alterações psicológicas depende muito de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da futura mãe, levando sempre em consideração que a gestação é um período que envolve não apenas a mulher, mas também o meio que a cerca.^{30,31}

Quando o assunto são modalidades de parto, as opiniões se dividem:

“Parto normal é melhor, quando o meu outro nasceu foi normal, bem rápida a recuperação, logo fui para casa, dei mamá, banho” (E8).

E parto cesáreo:

“Vou fazer cesárea, por que já fiz duas, então o médico disse que é mais certo que venha uma cesariana” (E9).

E ainda,

“Pois é eu queria cesárea, mas se não der paciência” (E4).

Sendo que o número de gestantes que preferiam parto normal é grande, elas relatam que por experiência a recuperação é bem mais rápida.

As mulheres que preferem partos cesáreos são de nível socioeconômico elevado, de cor branca, têm maior escolaridade e realizam mais consultas de pré-natal. Porém, independentemente do nível socioeconômico, a demanda por cesariana parece se basear na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório. O programa de humanização da assistência ao parto normal tem como objetivo de resgatar o caráter fisiológico no processo do nascimento de forma positiva e sem traumas. O conforto físico pode ser aumentado pelo uso de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração e práticas alternativas, que favoreçam o bom desenvolvimento do trabalho de parto e forneçam conforto e segurança à mulher e seu bebê.^{32,33}

As fantasias sobre o bebê são frequentes durante a gestação, contribuindo para sentimentos ansiedade e dúvidas. Quando questionadas acerca de estar preparada para a maternidade, as respostas se dividem:

“Tenho minhas dúvidas, se tô preparada ou não, eu sei lá e se o nenê [...]” (E10).

Outras sentem-se confiantes no exercício de tal papel:

“Tô preparada, a gente já pensava antes, só que eu tinha um probleminha no intestino aí tava tomando remédio [...]” (E11).

São as primigestas que ainda se sentem mais preocupadas, já as mães experientes demonstram maior tranquilidade, sentindo-se mais confiantes.

O aleitamento materno foi citado pela maioria como indispensável ao bebê. Aquelas que já vivenciaram essa experiência sentem-se bem confiantes no desenvolvimento dessa tarefa:

“O outro filho, eu amamentei até os quatro meses, não amamentei mais por que ele teve bronquite, aí não quis mais” (E9).

E as primigestas relatam que

“Ah, isso aí eu sei, por que minha mãe, minha irmã falam bastante, que é importante amamentar, que tem que amamentar pelo menos até os seis meses” (E12).

A amamentação significa também menor custo para os sistemas de saúde, até mesmo em países onde a mortalidade infantil é baixa, tratamentos hospitalares demandados por crianças alimentadas artificialmente ocorrem cinco vezes mais do que para as amamentadas exclusiva ou parcialmente. O aleitamento materno constitui uma forma econômica e eficaz de intervenção para a redução da morbimortalidade infantil, além de ser uma fonte de vínculo, afeto e proteção.^{34,35}

Quanto ao puerpério, apenas duas sabiam o que a palavra significa:

“Eu sei, é os 30 dias depois que a mulher ganha o bebê, tem que se cuidar mais, os antigos falam da dieta, eu já passei por isso, tenho experiência, é o período que tem que se cuidar mais” (E13).

Quando substituído esse termo por “dieta”, a maioria sabia do que tratava:

“Dieta sim, já ouvi falar que, não sei se é verdade que não pode lavar o cabelo, não pode fazer esforço, subi escadas, se cuidar bastante” (E14).

Todas se preocupam com as alterações na rotina, revelam ansiedade nos cuidados do bebê, na atenção dispensada ao marido e/ou aos outros filhos:

“Eu penso que já tem que mudar um monte de coisa” (E15).

Preocupação esta pertinente, visto que no puerpério a mulher passa a sentir-se responsável pelo bebê e pelas novas atribuições maternas, que se somam aos afazeres domésticos, exigindo dela e da família uma programação de novos projetos para o futuro. Cabe ressaltar que a multiplicidade de papéis desempenhados pela puérpera e a ausência de apoio podem acarretar sobrecarga emocional.³⁶

Como queixas ao atendimento, foram citadas a falta de privacidade nas consultas e visitas domiciliares, o tempo de espera para consultas:

“Se a gente chega cedo, vai pegar a primeira ficha, agora já no meu caso tem que fazer almoço, eu sei que é opcional” (E16).

Quanto à estrutura da UBS, relatam falta de higiene:

“A higiene do banheiro eu gostaria que mudasse, o papel higiênico eles botam um dos mais comuns” (E6).

Quanto à equipe multiprofissional, a maioria das gestantes é atendida pela enfermeira e pela ginecologista. A hegemonia médica muitas vezes impede que outras categorias profissionais possam atuar de forma a contribuir com melhores resultados. Por isso, a incorporação ativa de outros profissionais como obstetra, obstetrizes, educadores

perinatais, psicólogos, doulas, entre outros, deve ser promovida, proporcionando uma assistência integral de acordo as necessidades da mulher e da família.³⁷

Puérperas

A maior parte das puérperas iniciou o pré-natal aos dois meses de gestação, sabendo da importância do mesmo através de familiares e amigos. Quanto à repercussão social da gravidez, a totalidade das puérperas referiu boa aceitação e entusiasmo:

“Foi a coisa mais boa dos últimos anos, todos os momentos a gente tava esperando” (E17).

A maior parte das puérperas contou com acompanhamento familiar nas consultas, podendo ser devido ao estado civil delas, pois a maioria é casada:

“Meu marido e minha filha, todas as consultas eles foram juntos, em todas as ultrassom foram juntos, não deixaram nenhuma vez de ir” (E18).

Os familiares e amigos são considerados pelas mulheres fonte de apoio emocional, bem como por contribuírem com informações sobre a gravidez e o bebê²⁹.

Na atenção da equipe de saúde no pós-parto, enquanto algumas mulheres julgam ser somente ao bebê,

“Eu acho que é mais voltado para o bebê, tanto que aqui na Unidade eu só vim por causa do bebê, acho que é mais voltada para ela sim” (E19).

Outras acreditam ser o binômio mãe-bebê:

“É pros dois, tanto pra mim quanto pra ele, na consulta que eu vim, ela já perguntou do bebê, como que eu estou, tá sendo bem bom o atendimento” (E20).

Nas mudanças físicas e psicológicas, destaca-se o apoio familiar:

“Sempre me senti, como que vou te explicar... meu marido, minha filha estava sempre do meu lado, me bajulando, dando tudo o que eu precisava” (E18).

Por sua vez, o desconforto físico e o cansaço foram considerados aspectos de difícil manejo:

“É no começo a gente fica mais gordinha, e eu tinha emagrecido bastante, engordei 18 quilos, mas eu já tava bem preparada” (E21).

O puerpério é um período de transição na vida das mulheres, em que ocorrem ajustes fisiológicos necessários à recuperação e adaptação das alterações sofridas pelo organismo. Pode-se dizer que há uma complexidade conferida a esse momento por aspectos fisiológicos, comportamentais, socioculturais, econômicos e por questões de gênero.³⁸

Em relação ao tipo de parto, somente as pacientes com indicações clínicas ou com condições financeiras de realizar o parto de forma particular optaram pelo parto cesáreo, as demais foram automaticamente designadas para o parto vaginal:

“Não foi cesárea né, foi pelo SUS” (E22).

“Como eu fiz particular daí sim, o obstetra fez cesárea” (E17).

Percebe-se que a indicação clínica conta muito na tomada de decisão das pacientes.

A maioria não escolheu o médico para realizar o parto, sendo que o procedimento foi realizado pelo médico plantonista. Tal fato foi veementemente citado como um aspecto negativo pelas usuárias da assistência pré-natal oferecida pelo SUS.

Após o momento de tensão vivenciado, os sentimentos no pós-parto foram de sensações de felicidade consigo mesma e com o bebê. O primeiro contato com o bebê foi de muita emoção:

“Foi maravilhoso! Ela logo me reconheceu, parou de chorar, abriu o olhinho” (E22).

O contato físico precoce entre mãe e filho tem importância prioritária na visão humanizada de cuidados ao bebê. Logo após o parto, deve-se estimular o contato físico entre ambos e a sucção precoce por contribuírem para o estabelecimento ou continuidade do vínculo, que é de extrema importância, além de favorecer a contratilidade uterina e auxiliar no processo de amamentação.³⁹

A maioria acompanhou os procedimentos realizados com o bebê:

“Sim, até no banho eu pedi pra eu fazer e elas deixaram, são bem atenciosas lá na maternidade, vinham ver se a bebê estava mamando, se estava tudo bem” (E20).

Porém, algumas foram privadas, sendo que o SUS preconiza essa interação da mãe/bebê logo após o parto:

“Não sei, isso eu achei um erro no Hospital privado, no Hospital público sei que as mães podem acompanhar os procedimentos” (E17).

Receberam orientações sobre amamentação no hospital, sendo referida grande satisfação, embora algumas tenham relatado não ser uma tarefa fácil:

“Nos primeiros dias eu deixei ela pegar só o biquinho daí machucou a ponta, daí agora eu tô cuidando faço ela abrir bem a bocona, mas tá um pouco dolorido ainda” (E23).

O profissional de saúde, além de competência técnica relacionada à lactação, deve ter um olhar atento levando em consideração aspectos emocionais da mãe, a rede social de apoio, entre outros. Esse olhar visa tornar a mulher protagonista do seu processo de amamentar.³⁵

A consulta de puerpério foi realizada do segundo ao sétimo dia após o parto:

“Deu sete dias eu acho, por que eu vim para casa dia 23 e dia 29 já fui, já consultei [...]” (E24).

Na pós-alta hospitalar, o MS tem considerado entre as ações programáticas a assistência a puérpera na primeira semana após o parto e uma consulta puerperal com

42 dias. As ações previstas para essa consulta médica são essencialmente de controle da involução das modificações gravídicas e o início da contracepção.⁴⁰

Quanto aos sentimentos vivenciados no puerpério, a maioria citou a prevalência de sentimentos positivos, dentre eles a satisfação em amamentar e o sentimento de realização com o bebê:

“É maravilhoso amamentar” (E25).

Somente uma das puérperas referiu não se sentir completamente bem emocionalmente:

“Os primeiros dias eu fiquei um pouco triste, chorei bastante, mas depois passou” (E26).

Por ser uma fase em que se encontram mais vulneráveis em termos físicos e simbólicos, as mulheres adotam uma série de práticas relacionadas à alimentação, à higiene, à atividade sexual, à atividade física, à manutenção do aleitamento materno e aos cuidados com a ferida operatória ou a episiorrafia, mudando sua rotina como um todo.⁴⁰

Sobre as queixas ao atendimento recebido, algumas puérperas relataram sentir pouca objetividade em relação a algumas dúvidas:

“Algumas vezes não fui bem atendida, parecia que estavam enrolando, não respondiam nada com nada” (E27).

Relataram também como negativo o longo tempo de espera para as consultas na UBS São Cristóvão:

“Às vezes tinha que chegar em casa meio dia quando ia cedo, aí tinha que chegar em casa trocar de roupa e ir trabalhar, é bem complicado” (E28).

Tal reclamação não foi referida pelas puérperas da UBS Santo Antônio, onde as consultas são agendadas:

“Não, eu não esperava muito, tinha o grupo de gestante, e assim que terminava a gente já era atendida” (E25).

As puérperas referiam sanar as dúvidas durante as consultas, nos grupos de gestantes e na internet. Relatam facilidade na realização de exames, mas ressaltam a indisponibilidade da ultrassonografia morfológica e o número reduzido de ultrassonografias durante a gestação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve por objetivo identificar como gestantes e puérperas vivenciam o período gravídico-puerperal e também como perceberam a assistência prestada pela equipe de saúde de duas UBS do município de Chapecó/SC.

Destacaram-se em seus relatos, como pontos positivos, o início precoce do pré-natal, esclarecimento de diferentes dúvidas, a qualidade e o cuidado do atendimento

da equipe, o acesso a exames e consultas. Também foi possível perceber uma postura proativa das usuárias, que quando não atendidas ou esclarecidas pelos profissionais de saúde em suas dúvidas, buscaram livros e *websites* para pesquisar sobre o tema.

Já em relação aos aspectos negativos, observou-se que estes são mais apontados pelas puérperas. Nesse sentido, pode-se pensar que a gestante ainda não vivenciou todo o pré-natal para poder avaliá-lo de forma ampla, ou que tem dificuldades de criticar um serviço do qual está necessitando no momento (e que seguirá necessitando até o parto), o que geraria um desconforto.

A falta de privacidade nas consultas pré-natal e a falta de uma equipe multiprofissional completa foram relatadas por elas. Além disso, muitas delas apontaram que o atendimento foi superficial (especialmente no puerpério), sentindo falta de informações relevantes, principalmente no que tange aos aspectos psicossociais. Algumas referiram ainda dificuldades para realizar as consultas (na UBS que não faz agendamento) e na estrutura da UBS, como a falta de higiene. Elas evidenciaram o desejo de realizar mais consultas e ultrassonografias durante a gravidez.

Apesar de terem acesso àquilo que lhes é de direito pelo SUS, gostariam de ter um acompanhamento mais sistemático e realizar mais ultrassonografias, referindo que é nesses momentos (em especial no exame) que se sentem mais cuidadas, tranquilas e conscientes do seu estado de saúde e de seu bebê. A concretude da ultrassonografia funcionaria como um facilitador do vínculo mãe-bebê e da realidade da maternidade. Além disso, algumas usuárias com maior nível de escolaridade referiram que o SUS deveria disponibilizar a ultrassonografia morfológica, que tiveram de realizar de forma particular, sendo esta importante ferramenta de prevenção e tratamento de doenças do feto, bem como de alívio e tranquilização da futura mãe quanto ao estado de saúde de seu filho.

As gestantes referiram que sentem constantes alterações de humor, percebendo-se mais sensíveis e irritadas. As fantasias sobre a saúde do bebê e o parto acompanham as gestantes durante todo o período gravídico. No puerpério, as usuárias referiram alegria e encantamento com o bebê, apesar do extremo cansaço físico e mudanças na rotina. Além disso, muitas mães referiram intenso ciúme e rivalidade por parte do(a) filho(a) mais velho(a) com a chegada do novo(a) irmão(irmã).

O parto muitas vezes é realizado pelo médico plantonista, o que gera mais ansiedade neste momento já permeado de expectativas. Apesar disso, o atendimento hospitalar foi muito bem avaliado, seguindo todos os protocolos esperados.

O parto vaginal apareceu como desejo de muitas mães, mas também como uma imposição do SUS. Afora todos os seus benefícios, que são inquestionáveis para a saúde materno-infantil, as usuárias referiram o parto cesáreo como algo que só pode ser realizado de forma particular. Embora possamos entender essa colocação como um desconhecimento ou mesmo uma fantasia, é importante atentarmos para essa fala, pois

pode representar que a opção pelo parto vaginal ou cesáreo não esteja considerando apenas as condições clínicas, mas levando em conta o sistema de saúde do qual a parturiente faz parte como prioridade.

Tanto gestantes quanto puérperas referiram que o puerpério é um “desconhecido”, tanto do ponto de vista conceitual como vivencial. Não é abordado durante as consultas pré-natais e nem no pós-natal, a palavra puerpério é desconhecida, que lhe atribuem outros nomes (dieta, quarentena) e sentidos restritos do senso comum, também não tendo espaço para discutir as experiências psicossociais que vivenciarão neste período.

Diante disso, pode-se perceber que as UBS pesquisadas realizam, de forma geral, um atendimento satisfatório em conformidade com as diretrizes do SUS. Muitas das queixas evidenciadas não se referem às falhas técnicas do SUS, mas uma forma de auxiliar na qualificação do atendimento para além dele. Ou seja, se trabalhamos na perspectiva da promoção e prevenção de saúde, as queixas das usuárias desta pesquisa (mais consultas, mais exames, mais informações, mais espaço para falar, parto com mesmo médico), pensar em ações e espaços que possibilitem ultrapassar o olhar biomédico, ampliando-o para o biopsicossocial, é uma forma de pensar a saúde para além do clínico-obstétrico.

Intervir nas múltiplas facetas da saúde materno-infantil significa olhar para a gestante como uma mãe em construção, com suas dúvidas e medos, sabendo das reverberações dessa experiência sobre o bebê, sua família e seu contexto. Além disso, potencializar as ações do puerpério é algo urgente, englobando a saúde da mulher, a fim de prevenir doenças emocionais, problemas conjugais/familiares e sobrecarga. Grupo de puérperas ou intervenções no puerpério conjugal, por exemplo, poderia ser um diferencial em meio à falta de informações.

REFERÊNCIAS

1. Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J Pediatr.* 2004; 80(2):104-10.
2. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Methods for quality of life assessment. *Salud Pública Méx.* 2002; 44(4):349-61.
3. Paskulin LMG. Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um Distrito Sanitário de Porto Alegre/RS. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2006.
4. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(5):293-99.

5. Ministério da Saúde (Brasil). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006 [citado em 2017 jan 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de acolhimento e classificação de risco em Obstetrícia. Brasília, 2014 [citado em 2017 jan 19]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetricia-versao-26-de-maio--4-.pdf>.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Conheça a rede cegonha. Brasília, 2013 [citado em 2017 jan 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001 [citado em 2017 jan 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.
9. Zampieri MFM, Guesser JC, Buendgens BB, Junckes JM, Rodrigues IG. O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. Rev Eletr Enf. 2012; 14(3):483-93.
10. Barbosa JTC, Vettori TNB, Saldanha BL, Rocha RM, Braga ALS, Andrade M. Sisprenatal como ferramenta facilitadora da assistência à gestante: revisão integrativa da literatura. Rev Atenção à Saúde. 2014; 12(42):42-7.
11. Spitz RA. O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
12. Klaus MH, Kennel JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed; 2000.
13. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 16ª edição. São Paulo: Saraiva; 2002.
14. Piccinini CA, Gomes AG, Moreira LE, Lopes RS. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. Psic: Teor e Pesq. 2004; 20(3):223-32.
15. Borsa JC, Dias ACG. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. Rev Perspectiva. 2004; 28(102):39-53.
16. Piccinini CA, Lopes RS, Gomes AG, De Nardi T. Gestação e constituição da maternidade. Psicol Estud. 2008; 13(1):63-72.
17. Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. Psicol Teor e Pesq. 2012; 28(1):27-33.
18. Gomes AG, Piccinini CA. Impressões e sentimentos de gestantes em rela o   ultra-sonografia obstétrica no contexto de normalidade fetal. Psicol Reflex Crít. 2007; 20(2):179-87.
19. Grzybowski LS. Parentalidade em tempo de mudanças: desvelando o envolvimento parental após o fim do casamento. [tese] Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.

20. Wagner A, Predebon J, Mosmann C, Verza F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicol Teor e Pesq.* 2005; 21(2):181-86.
21. Mosmann C, Wagner A, Féres-Carneiro T. Qualidade conjugal: mapeando conceitos. *Paidéia.* 2006; 16(35):315-25.
22. Mosmann C, Wagner A, Sarriera J. A qualidade conjugal como preditora dos estilos educativos parentais: o perfil discriminante de casais com filhos adolescentes. *Psicologia (Lisboa).* 2008; 22(2):161-82.
23. Cardoso M, Ribeiro C, Oliveira I, Andrade P, Santos T. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/ assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. *Rev Pesqui.* 2016; 8(4):5017-24.
24. Kawatsu MM et al. Percepção das puérperas em relação ao atendimento recebido na unidade básica de saúde durante a consulta de pré-natal. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba.* 2020; 21(4):170-6.
25. Bardin L. Método: organização da análise. In: Bardin, L. *Análise de conteúdo.* Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009. 121-9.
26. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012 [citado em 2017 jan 19]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html.
27. Azevedo GD, Freitas Júnior RAO, Freitas AKMSO, Araújo ACPF, Soares EMM, Maranhão TMO. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(3):181-5.
28. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17(4):1025-9.
29. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde pré-natal. *Texto Contexto Enf.* 2011; 20(esp):225-62.
30. Zanatta E, Pereira CRR. Ela enxerga o mundo em ti: a experiência da maternidade pela primeira vez. *Temas Psicol.* 2015; 23(4):959-72.
31. Klein MMS, Guedes CR. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicol Cienc Prof.* 2008; 28(4):862-71.
32. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(5):1521-34.
33. Moura FMJS, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(4):452-5.

34. Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque Jr PA, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):482-9.
35. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, 2015 [citado em 2017 jan 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
36. Santos FAPS, Mazzo MHSN, Brito RS. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. *Rev Enferm. UFPE online*. 2015; 9(2):858-63.
37. Ministério da saúde (Brasil). Humanização do parto e do nascimento. Brasília, 2014. [citado em 2017 jan 19]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.
38. Cabral FB, Oliveira DLLC. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Rev Esc Enferm*. 2010; 44(2):368-75.
39. Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm*. 2007; 41(4):690-7.
40. Stefanello J, Nakano MAS, Gomes FA. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(2):275-81.

Submissão: junho de 2017.

Aprovação: agosto de 2020.