



O VIVIDO DE MULHERES NO PUERPÉRIO: (DES)CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA NA MATERNIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Marcia Aparecida dos Santos Silva Canario*

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**

Sebastião Caldeira***

Adriana Valongo Zani****

Maria Aparecida Baggio*****

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari*****

RESUMO

Objetivo: compreender a vivência da mulher quanto à continuidade da assistência puerperal na atenção primária à saúde, em municípios do estado do Paraná, orientados pela Rede Mãe Paranaense. **Método:** trata-se de pesquisa qualitativa com uso do referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz, realizada por meio de entrevista semiestruturada, com 23 mulheres, em quatro municípios de uma Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil, entre março e setembro de 2018. **Resultados:** identificaram-se três categorias: 1) Puerpério imediato: preparo para a alta da maternidade e cuidado na atenção primária à saúde; 2) Puerpério tardio: continuidade do cuidado à mulher na atenção primária à saúde; 3) O cuidado no período puerperal na atenção primária à saúde: expectativas maternas. **Conclusão:** os municípios em estudo ainda não oferecem um acompanhamento sistemático da saúde da mulher no período puerperal, culminando para a baixa resolutividade, acesso e integralidade, o que consequentemente remete para a exposição ao maior risco de agravos no puerpério devido às restritas ações de promoção e prevenção pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Período Pós-parto. Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ressalta a importância dos cuidados antes, durante e após o parto, os quais podem salvar a vida de mulheres e recém-nascidos. Dentre as principais causas de mortes maternas, estão hipertensão, hemorragias, infecções, complicações no parto e abortos inseguros, particularmente em países em desenvolvimento. Logo, a avaliação adequada da mulher, também no pós-parto (puerpério), pode evitar morte por eventos associados a esse período. Para isso, as mulheres precisam de acesso a serviços e cuidados capacitados nas semanas após o parto. Ainda, barreiras que limitam esse acesso precisam ser identificadas e sanadas, em todos os níveis de atenção à saúde materna⁽¹⁾.

No Brasil, os avanços na atenção à saúde materna são representados por políticas e programas, como o Programa de Assistência

Integrada da Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984⁽²⁾, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004⁽³⁾, e a Rede Cegonha, em 2011. Essa última, por sua vez, inclui o puerpério como período que merece especial atenção dos serviços de saúde, com assistência de qualidade, humanizada e resolutiva, no contexto da Atenção Primária de Saúde (APS)⁽⁴⁾.

No Paraná, em 2012, implantou-se a Rede Mãe Paranaense (RMP) como modelo de atenção à saúde materna e infantil para acesso e promoção de cuidado seguro e de qualidade na gestação, no parto, no puerpério e às crianças menores de 1 ano de idade. As ações envolvem a captação precoce da gestante, sete consultas de pré-natal e uma consulta puerperal, no mínimo, realização de exames preconizados pela RMP, estratificação de risco das gestantes e das crianças, atendimento ambulatorial especializado e vinculação a um hospital conforme estratificação de risco gestacional⁽⁵⁾.

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Universidade Filadélfia de Londrina, PR, Brasil. E-mail: marcia.s.s.canario@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-2882-6184.

**Enfermeira. Doutora, Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil. E-mail: macielalexandrina@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-0222-8821.

***Enfermeiro. Doutor, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil. E-mail: sebastiao.caldeira@unioeste.br. ORCID ID: 0000-0003-2827-1833.

****Enfermeira. Doutora, Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil. E-mail: adrianazanienf@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-6656-8155.

*****Enfermeira. Doutora, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil. E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br. ORCID ID: 0000-0001-6901-461X.

*****Enfermeira. Doutora, Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil. E-mail: ropimentaferrari@uel.br. ORCID ID: 0000-0003-0157-7461.

O puerpério é o período em que a mulher retorna às condições pré-gravídicas, sendo classificado como imediato (1° ao 10° dia), precoce (11° ao 42° dia) e remoto (do 43° dia até 1 ano após o parto)⁽⁶⁾. Nesse período, a puérpera vivencia as alterações físicas bruscas do seu corpo ao mesmo tempo que precisa atender às necessidades de um novo ser que depende principalmente dos seus cuidados⁽⁷⁾.

A maternidade é um evento de transformação, que transpassa as expectativas da gestação e se torna um dos momentos mais peculiares na existência do ser humano. As alterações físicas, emocionais e sociais desse período levam a uma fase de mudança, biologicamente determinada, que culmina no nascimento⁽⁸⁾.

As mudanças inerentes ao puerpério exigem adaptações das mulheres e de seus familiares. Esses últimos considerados como rede de apoio para resposta às alterações maternas inerentes ao período, de forma positiva⁽⁹⁾. O puerpério afeta não somente a relação da mãe com o filho, mas também incide sobre as relações sociais e familiares, cujo período é considerado como o maior efeito de desenvolvimento que a mulher vivencia durante toda a vida⁽¹⁰⁾. Todavia, a vulnerabilidade e as respostas ineficazes dessa rede podem trazer prejuízos à saúde materna e comprometer o vínculo mãe-bebê⁽¹¹⁾.

Nesse contexto de adaptações da puérpera e da família, os profissionais de saúde podem oferecer a avaliação clínica e o cuidado qualificado, para além dos procedimentos técnicos, por meio de escuta qualificada e do atendimento das necessidades biopsicossociais da puérpera e demandas da família. O suporte adequado pode permitir adequada continuidade da assistência dessa mulher, que se depara com novos papéis assumidos na vivência da maternidade⁽¹²⁾, que envolve o que é vivido a partir das relações intersubjetivas com outros indivíduos no mundo social e nos cenários de assistência e de atenção à mulher que vive o puerpério⁽¹³⁾.

Conforme o exposto, questiona-se: qual é a vivência da mulher quanto à continuidade da assistência puerperal na atenção primária à saúde (APS)? Logo, o estudo objetivou compreender a vivência da mulher quanto à continuidade da assistência puerperal na APS, em municípios do

estado do Paraná, orientados pela Rede Mãe Paranaense.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com uso do referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social, de Alfred Schütz⁽¹³⁾, com participação de 23 mulheres residentes em 4 municípios (M1, M2, M3 e M4), dos 21 que compõem a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. O estudo foi realizado no período de maio a setembro de 2018.

Os municípios M1, M2 e M3 são de médio porte e cada um possui uma maternidade para parto de risco habitual (RH) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), referência para outros 11 municípios. O município M4 é de grande porte e possui duas maternidades que atendem pelo SUS, sendo uma para RH, referência para duas cidades, e uma maternidade para Alto Risco (AR), que atende as 21 cidades da Regional e estados vizinhos.

As puérperas participaram do estudo mediante disponibilidade para a visita domiciliar, agendada previamente via telefone, entre o 30° e 42° dias após o parto, com ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a entrevista gravada em mídia de áudio. Incluíram-se na pesquisa mulheres classificadas como de Risco Habitual e Alto Risco que residiam no município das maternidades em estudo e que, após a alta, utilizaram a APS.

Para a entrevista gravada, utilizou-se um roteiro com perguntas semiestruturadas extraídas da matriz da RMP: “Você já ouviu falar sobre o Programa Rede Mãe Paranaense? Conte-me o que você sabe de acordo com sua vivência (O que é para você?).”; “Na alta hospitalar, após o parto, você recebeu alguma orientação sobre qual serviço de saúde procurar para a continuidade do seu cuidado? Comente.”; “Você recebeu visita da equipe de saúde na primeira semana pós-parto? Conte-me sobre essa visita.”; “Após receber alta da maternidade, conte-me como foi o seu acompanhamento no serviço de saúde no 1º mês após o parto.”; “O que espera dos serviços, das políticas públicas e dos programas voltados aos cuidados no período puerperal?”; “O que você espera do seu

município/regional/estado (políticos) quanto ao cuidado puerperal?"; e, por último, "Gostaria de falar sobre algo que não foi contemplado nas perguntas anteriores desta entrevista?"

O tempo médio de entrevista foi de 50 minutos, considerando a interação do pesquisador com a participante, e encerrada mediante a convergência dos "motivos porque" e dos "motivos para", possibilitando a constituição do tipo vivido⁽¹³⁾ no cuidado da puérpera, no serviço de APS, após alta da maternidade, conforme referencial teórico adotado.

A Fenomenologia Social de Alfred Schütz, também denominada Sociologia Fenomenológica ou Sociologia Compreensiva, utiliza conceitos como mundo de vida, intersubjetividade, acervo de conhecimentos e motivação, pois o indivíduo age por intermédio de motivos existenciais que, somados à experiência vivida, exteriorizam ações impulsionadas pelos "motivos porque" e "motivos para"⁽¹³⁾. Essas ações são condutas que resultam em determinado fim e os "motivos porque" são as razões da personalidade desse indivíduo e do aprendizado que acumulou ao longo da sua vida. Os "motivos para" direcionam ações futuras e subjetivas, apreendidas quando há questionamento sobre o significado dessas ações⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O material resultante das entrevistas foi transcrito na íntegra e, em seguida, conferido e organizado por dois pesquisadores, cumprindo-se os seis passos do referencial⁽¹³⁾: leitura atenta e criteriosa de cada depoimento para identificar e apreender o sentido global da ação social; releitura individual dos depoimentos para identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos "motivos porque" e "motivos para"; agrupamento das convergências para extrair as categorias concretas; análise das categorias concretas para compreensão da ação social; a partir do conjunto de "motivos porque" e de "motivos para" foi constituído o tipo vivido expresso nas categorias concretas e discutidos à luz do referencial teórico-metodológico, bem como outros referenciais pertinentes ao objeto de estudo.

Para o sigilo das participantes, elas foram identificadas com a letra P (puérpera), seguida por número (nº) arábico na ordem das entrevistas, caracterização do risco (RH e AR)e

do município (M1, M2 e M3 – Médio Porte; e M4 – Grande porte), sendo anotado da seguinte forma: Mnº RH-M1 ou M2 ou M3 ou M4 ou Mnº AR-M4. A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Diretoria da Regional de Saúde e Diretorias das Maternidades de cada município, bem como aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, parecer nº. 2.053.304 e CAAE: 67574517.1.1001.5231.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 23 mulheres, das quais 14 foram classificadas como Alto Risco e 9 como Risco Habitual. Quanto à faixa etária, tinham idades entre 15 e 37 anos, mais da metade com ensino médio (completo ou incompleto), a maioria (20) vivia com o companheiro, 13 eram primíparas e 10 múltiparas.

Os relatos maternos permitiram apreender os significados da vida após o parto e retorno ao domicílio e são apresentados em três categorias, sendo duas que traduzem os "motivos porque": Puerpério imediato: preparo para a alta da maternidade e cuidado na atenção primária à saúde; Puerpério tardio: continuidade do cuidado da mulher na atenção primária à saúde. Os "motivos para que" e expectativas em uma terceira categoria: O cuidado no período puerperal na atenção primária à saúde: expectativas maternas.

Puerpério imediato na Rede: preparo para a alta da maternidade e cuidado na atenção primária à saúde

Esta categoria se refere ao que a mulher sabe sobre a RMP, a contrarreferência das puérperas pelas maternidades para a APS, as insuficientes orientações fornecidas pelos profissionais e o seguimento da mulher na APS, no período puerperal imediato.

Apreendeu-se dos discursos que as mulheres não foram informadas pelos profissionais sobre a RMP. Aquelas que tinham conhecimento receberam informações pontuais, no pré-natal:

[...] Na verdade, eu não sabia que existia esse programa, aí quando eu fui fazer o pré-natal que

verificaram que eu estava com a pressão alta. Eu lembro que as meninas [enfermeiras] falaram que encaminhariam para a Rede Mãe Paranaense. Foi isso que eu escutei delas no posto. Eu acho que é um programa, assim, que todas as mulheres [...] poderiam ter acesso, e pelo que eu percebi [...], só quem tem gravidez de risco [...] porque o acompanhamento é bem completo [...]. Eu tive direito a vários exames, consultas e ultrassom, tudo de graça. Eu gostei bastante e achei muito importante [...] (P2 AR-M3).

[...] Fui encaminhada para lá [RMP] [...]. É o acompanhamento para gravidez de risco [...] (P4 RH-M3).

[...] Não, nunca ouvi falar {do RMP} [...] (P5 RH-M3).

[...] Não, só no hospital mesmo [...] é o que faz as pesquisas [...]. No pré-natal não fiquei sabendo de nada não [da RMP] [...] (P15 AR-M4).

[...] Não muito [...]. Não tenho muita informação [da RMP] [...] (P16 RH-M4).

[...] no começo do acompanhamento, o médico me falou [da RMP] [...] (P23 AR-M1).

Ao comparar os discursos das mulheres que tiveram bebê em hospitais de Risco Habitual (RH) com as de Alto Risco (AR), observou-se que em ambos as orientações transmitidas acerca do período puerperal foram pouco exploradas e dispersas. Pelos relatos, as informações transmitidas às puérperas não foram uniformizadas e as mães, na sua maioria, não eram direcionadas ao serviço de APS para a continuidade da assistência no puerpério imediato:

[...] me encaminharam para o Hospital de Clínicas (ambulatório AR) para fazer o acompanhamento lá [...] estou fazendo até hoje (P11 AR-M4).

[...] Orientou que os pontos eram para tirar no hospital [...] (P13 RH-M4).

[...] eles falaram para eu procurar o posto de saúde para continuar o acompanhamento. Para passar pelo ginecologista depois de um tempo (P2 AR-M3).

[...] Se eu tivesse dor, inchaço e vermelho nos pontos era para eu voltar no hospital [...] (P20 AR-M1).

No puerpério imediato, nem todas as unidades de APS realizaram as visitas domiciliares, independentemente de a mulher ser

considerada de RH ou AR, tanto nos municípios de médio porte quanto nos de grande porte, como se constata nos seguintes relatos:

[...] Veio as ACS e a enfermeira [...] me pediram para ver como é que eu estava dando o peito, aí eu mostrei para elas [...]. Mostrei como é que estava a cirurgia. [...] eu nem sai de casa para agendar médico, elas mesmo já trouxeram agendado [...] (P1AR-M3).

[...] Nenhuma [visita domiciliar], nunca ninguém do posto passou por aqui e nem telefonou [...] (P2 AR-M3).

[...] Eu acho que sim. Acho que veio Agente Comunitário de Saúde [...] (P8 AR-M3).

[...] Não recebi visita [domiciliar da equipe de saúde] [...] (P 11 AR-M4).

[...] Na primeira semana não, porque recebi alta no domingo e na segunda-feira já fui no posto [...] (P16 RH-M4).

As mulheres que receberam visita domiciliar no puerpério imediato relataram que receberam a avaliação por profissional de saúde. Contudo, pelos relatos, esta foi breve e de pouca qualidade. A avaliação da mulher, em sua maior parte, restringiu-se à inspeção da pele e mucosas, das mamas, do sangramento e dos pontos cirúrgicos:

[...] olhou como estava minhas mamas, olhou a cesárea, e o sangramento (P10 AR – M4).

[...] ela me examinou e falou que eu estava muito amarela, muito pálida, aí me pediram exames de sangue [...] depois ela voltou outro dia para trazer o resultado de exame, e me examinar de novo [...]. Como não tinha nada alterado, eles só me orientaram para eu me alimentar melhor (P17 RH-M4).

Constatou-se que o foco da visita puerperal no domicílio exclui a mulher prioriza o recém-nascido cujo atendimento não contempla todos os aspectos de avaliação e de cuidados requeridos na consulta domiciliar. Particularmente quanto ao aleitamento materno, poucas foram as orientações. Isso ocorreu tanto para a díade mãe-bebê de RH ou AR, não sendo constatadas diferenças nos municípios de médio e grande porte:

[...] Veio a agente comunitária [...] ela perguntou [...] como que tinha sido o parto, se havia tido algum problema, alguma intercorrência [...] (P7RH – M3).

[...] Só do posto, não sei o que ela é, tinha um jaleco azul, ela veio ver meu filho [...] mas só, bem rápido (P9 AR – M4).

[...] vieram três moças [...] veio ver se estava tudo bem com a bebê [...] examinou ela, mas não me examinou (P12 AR – M4).

[...] veio uma enfermeira [...] ela veio aqui, perguntou para mim se estava tudo certo, se ele estava mamando [...] aí ela falou que era para eu estar indo no posto agendar a primeira puericultura dele [...] ela não o examinou e nem eu [...] (P15 AR – M4).

[...] Sim, mas só examinaram o bebê e me orientaram a procurar a UBS (Unidade Básica de Saúde) caso precisasse[...] (P23 AR – M1).

Puerpério remoto: continuidade do cuidado da mulher na atenção primária à saúde

Esta categoria aborda a vivência da mulher na consulta médica com o ginecologista do serviço de APS, no período puerperal remoto. Observou-se que não houve menção sobre a visita domiciliar ou seguimento pela equipe multiprofissional após a alta da maternidade.

Quanto ao atendimento prestado no período puerperal remoto, constatou-se que algumas das avaliações médicas se restringiram ao exame da incisão cirúrgica das mamas e à prescrição do anticoncepcional. A orientação sobre aleitamento materno foi pouco abordada durante as consultas com o especialista:

[...] o médico perguntou como é que estava a cirurgia [...] perguntou se fiz a laqueadura [...] aí eu respondi que dessa vez eu fiz, aí ele falou: então [...] nem vou passar medicamento para você. [...] ele avaliou também a cesárea e as mamas [...] (P1 AR-M3).

[...] o ginecologista conversou comigo sobre a questão do aleitamento materno, se estava tranquilo [...] questão da cesárea [...] aí como eu já era laqueada não agendou outra consulta [...] (P7 RH-M3).

[...] Eu passei por consulta com o obstetra de novo para ver se estava tudo certo [...] O médico examinou o útero, os pontos [...] Ele passou anticoncepcional, e disse que depois do 5º mês podia parar de tomar esse e voltar para o antigo que eu já tomava ou consultar com ele, para ele receitar outro [...] (P8 AR-M3).

[...] Consultei com o ginecologista aí ela passou para mim um anticoncepcional que eu posso tomar enquanto estou amamentando [...] agora estou esperando a próxima consulta [...] (P19 RH-M4).

As falas a seguir expressam frustração das puérperas quanto às consultas médicas. Nota-se que o exame físico é ignorado, enquanto a prescrição e a orientação da anticoncepção parecem ter maior relevância quando comparadas a outras avaliações e orientações acerca do puerpério:

[...] Eu passei pelo ginecologista, mas [...] o jeito dele meio seco, ele nem encostou em mim; perguntou se eu estava bem, como eu estava me sentindo, se eu estava amamentando, fez um monte de pergunta e me receitou um anticoncepcional e a consulta foi essa. Em nenhum momento ele tocou em mim para verificar [...] se o útero estava no lugar, em nenhum momento ele fez isso [...] (P2 AR-M3).

[...] eu tive consulta com ginecologista 20 dias pós-parto, mas ele não me avaliou, só passou medicação oral[...] (P22 AR-M1).

Quase a totalidade das puérperas não recebeu visita domiciliar para avaliação após a alta da maternidade, ou seja, 21 delas. Apreendeu-se, em alguns discursos, que a continuidade da assistência puerperal depende da busca pelo serviço da APS, pela própria mulher, ou ela fica sem atendimento em ambas as classificações de risco. Para a continuidade da assistência da puérpera, a distância geográfica entre o domicílio e o serviço de saúde foi um dos obstáculos:

[...] Não consultei, eles não falaram nada [...] meu prontuário foi mandado para outro posto, por causa do médico [...] um posto muito longe e eu com bebê fica difícil para ir [...] (P6 AR-M3).

[...] Eu não precisei de atendimento [...]. Eu fui por minha conta para ver qual anticoncepcional tomar [...] (P14 AR-M4).

[...] Eu não passei por consulta depois do parto[...] (P16 RH-M4).

Quando houve agendamento na unidade de saúde, a mulher não conseguiu ser atendida devido ao tempo prolongado de espera pelo médico e, também, acabou não sendo acolhida pela equipe de enfermagem, que poderia ter realizado a consulta puerperal. Por conseguinte,

ficou sem método contraceptivo:

[...] Eles marcaram uma consulta com o ginecologista para as 13h00min, e era 15h30min e ele não tinha chego ainda. Aí como eu não queria levar ela, porque ela era pequenininha a primeira vez, ela começou a chorar para mamar e eu vim embora; remarquei a consulta, ele atrasou mais de duas horas novamente, aí eu falei que não iria mais [...] não estou usando anticoncepcional [...] (P4 RH-M3).

O cuidado no período puerperal na atenção primária à saúde: expectativas maternas

As expectativas revelam o que as mulheres experienciaram no período puerperal e o que esperam como continuidade da assistência no puerpério pelos profissionais de saúde, o que consequentemente reflete sobre a percepção da qualidade desta.

As mulheres expressaram suas necessidades no período puerperal e sugeriram que o atendimento esteja focado no cuidado com o processo de comunicação e interação profissional-puérpera para lidar com esse momento. Elas indicaram a necessidade de orientações e cuidados referentes à amamentação e ao planejamento reprodutivo, em especial para as mães que vivenciam a primeira maternidade:

[...] Eu acho que tinha que ter mais atenção com a mãe [...] que tenha grupos para explicar sobre amamentação [...] (P2 AR-M3).

[...] mais atenção, comunicação e conversa [...] (P6 AR-M3).

[...] mais orientação sobre planejamento familiar (P7RH-M3),

[...] total atenção, porque a mãe não sabe nada, eu mesmo quando meu filho chorou no meu colo, a primeira vez, eu não sabia nem o que fazer [...] (P9 AR-M4).

Outra expectativa presente nas falas das participantes envolve a qualificação dos profissionais que atendem as mulheres no período puerperal, assim como a disponibilidade de médicos ginecologistas nas unidades de saúde, pois aquelas que têm esses profissionais não suprem as necessidades da população, consequentemente o rearranjo é buscar por assistência privada:

[...] acho que precisa de mais profissionais [...]o

serviço tem, mas depende da pessoa[...] (P5 RH-M3).

[...] mandando mais médico para cá [unidade de saúde] [...] (P6AR-M3).

[...] precisava de médico, que não tem no posto [...] se quiser passar com uma ginecologista tem que pagar, porque no posto não tem e não tem previsão de quando vai vir um ginecologista [...] (P11AR-M4).

Identificou-se a divergência entre o programa pré-natal e o acompanhamento puerperal, pois em um a mulher é assistida sistematicamente e em outro há abandono do seguimento:

[...] fazer mais exames [...] depois do parto, tanto para mãe quanto para criança. [...] a gente faz exame só antes do parto [...] depois você não faz nada, só passa com o médico ginecologista, só isso [...] (P10 AR-M4).

DISCUSSÃO

A RMP⁽⁵⁾ em seu corpo de ações não contempla que compete aos profissionais de saúde informar à mulher acerca de qual programa ou política de saúde está assentada a sua assistência. Isso pode justificar a lacuna educativa identificada no depoimento das puérperas que desconhecem a RMP, embora possa partir do próprio profissional essa ação. Por outro lado, a RMP preconiza que ações e orientações de planejamento reprodutivo após o parto iniciem no momento da alta hospitalar, além de encaminhamento à consulta de puerpério na APS, para garantida continuidade da assistência. Contudo, constatadas como frágeis no estudo em questão.

Na transição do hospital para casa, as puérperas, especialmente as primíparas, possuem maior necessidade de segurança para o autocuidado e desempenho do papel de mãe⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, compete ao profissional de saúde da APS realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto para garantir o acesso ao planejamento reprodutivo, avaliar as condições clínicas e emocionais da puérpera, estimular o aleitamento materno e a confiança para o autocuidado e o cuidado do recém-nascido^(5,16). No entanto, constatou-se que a visita domiciliar está focada principalmente nos aspectos clínicos do puerpério.

Os profissionais da APS, tanto de municípios de médio quanto de grande porte, não realizaram visitas domiciliares para todas as mulheres no puerpério, conforme preconizado pelo MS e pela RMP^(5,16). Quando realizadas, não se identificou a avaliação da puérpera e do contexto que acerca, em uma perspectiva individualizada, mas, sim, de forma técnica, que avaliou mamas, sangramento e/ou ferida operatória, privando as mulheres de cuidados relacionados à condição emocional, autocuidado, adaptação à vida de mãe e de mulher após o parto^(15,17). Salienta-se que a avaliação clínica, focada no risco de potenciais complicações, é necessária para reduzir índices de mortalidade materna⁽¹⁾, mas o olhar ampliado do profissional para além disso qualifica a assistência.

Confirma-se, portanto, neste estudo, que as visitas domiciliares mostram o incipiente processo de acolhimento, desvalorização quanto às necessidades específicas das puérperas, escassez de exame físico e anamnese, insuficientes orientações e limitada comunicação entre profissionais e puérperas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Tal evidência remete a uma baixa qualidade técnica do cuidado puerperal cujo dado se relaciona com um estudo de metassíntese⁽¹⁹⁾, no qual as puérperas expressaram insatisfação com o atendimento de suas necessidades, principalmente pela focalização no bebê, desatenção às primíparas e abordagem clínica frágil. Logo, a atenção do puerpério está prioritariamente voltada aos cuidados do recém-nascido, e não da mulher⁽¹²⁾.

Constata-se que a distância entre a residência e o serviço de saúde e o demasiado tempo de espera para acontecer a consulta se constituem como barreira para garantia do acompanhamento puerperal⁽²⁰⁾. Neste estudo, esses fatores contribuíram para a não realização da primeira consulta puerperal, na primeira semana após o parto.

Na ausência de visita domiciliar por profissionais de saúde na primeira semana após o parto e de agendamento de consulta para a puérpera na APS, verificou-se a busca da mulher por autocuidado, o que pode ser percebido como aspecto positivo, de autocuidado. Nesse caso, ela demonstra assumir a responsabilidade pelo seu próprio cuidado, que no puerpério remoto pode estar relacionado à idade, à inserção social e às

crenças da mulher⁽²¹⁾.

Quanto ao incentivo ao aleitamento materno durante a consulta puerperal, essa prática foi pouco realizada pelos profissionais. Todavia, é no puerpério que a nutriz necessita de orientação, apoio e assistência de profissional habilitado, visto que nesse período aparecem as principais dificuldades, como leite insuficiente ou em excesso, ingurgitamento e fissuras mamárias, entre outras⁽⁹⁾.

Pela visão medicalocêntrica de cuidados e por não terem conhecimento sobre a RMP e seus direitos, as expectativas das mulheres giram em torno de ter mais médicos ginecologistas e exames para o seu acompanhamento, no intuito de que atendam as suas necessidades e recebam atendimento de qualidade. Essas mulheres possuem interesses que lhes são próprios, que as direcionam para a busca de cuidado nos setores da saúde⁽¹³⁻¹⁴⁾. Para tanto, pode-se tipificar esse grupo de mulheres como aquele que espera que, durante o puerpério, os profissionais de saúde prestem uma assistência integral e equânime nos diferentes aspectos, cumprindo-se os objetivos e diretrizes da RMP.

De acordo com os resultados, faz-se necessário que profissionais e gestores dos serviços de saúde, de todos os níveis assistenciais, invistam em educação permanente para maior qualificação profissional, direcionada para o cumprimento das diretrizes ministeriais e regionais acerca da saúde da mulher, *a priori*, no puerpério. É oportuno incorporar essas estratégias também na formação acadêmica dos profissionais de saúde. É emergente a busca por excelência no atendimento à puérpera, pautado na humanização, acolhimento e resolubilidade do cuidado em saúde na atenção primária.

O estudo se limitou a investigar a vivência da mulher quanto à continuidade da assistência puerperal na APS, em apenas quatro municípios da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, cujos resultados não podem ser generalizados. Contudo, podem estar presentes também em outras realidades e merecem ser observados atentamente por profissionais e gestores em saúde com vistas a qualificar a atenção à mulher no puerpério.

CONCLUSÃO

A vivência da mulher quanto à continuidade da assistência puerperal na APS evidenciou fragilidades, tais como visitas domiciliares incipientes; exame físico e anamnese escassos, que consideram principalmente a avaliação de mamas, sangramento e ferida operatória; foco de atenção ao recém-nascido, e não à mulher. Assistenciados profissionais de saúde não está voltada para orientações adequadas e para o atendimento das necessidades específicas da mulher que vive o puerpério, na sua particularidade.

As mulheres esperam que, no período puerperal, os profissionais tenham como principal foco as suas necessidades em relação ao período, particularmente as primárias, com maior atenção, comunicação e interação profissional. Cuidados e orientações quanto ao

aleitamento materno e aconselhamento sobre planejamento reprodutivo foram sinalizados como necessários para qualificar a assistência.

Por fim, constata-se que os municípios em estudo ainda não oferecem um acompanhamento sistemático da saúde da mulher no período puerperal, culminando para a baixa resolutividade, acesso e integralidade, o que consequentemente remete para a exposição ao maior risco de agravos no puerpério devido às restritas ações de promoção e prevenção pelos profissionais de saúde.

Espera-se que este estudo possa subsidiar os profissionais e gestores em saúde voltados para a assistência à saúde da mulher com informações, reflexões e ações que primem por qualidade e resolubilidade do cuidado à mulher, no período puerperal, na APS.

THE LIVING OF WOMEN IN THE PUERPERAL PERIOD: (DIS)CONTINUITY OF CARE IN MATERNITY AND PRIMARY CARE

ABSTRACT

Objective: To understand the experience of women regarding the continuity of puerperal care in primary health care, in municipalities in the State of Paraná, guided by the Rede MãeParanaense. **Method:** This is qualitative research using Alfred Schütz's theoretical-methodological framework, carried out through semi-structured interviews with 23 women, in four municipalities of a Regional Health in the State of Paraná, Brazil, between March and September of 2018. **Results:** Three categories were identified: 1) Immediate puerperium: preparation for maternity discharge and care in primary health care; 2) Late puerperium: continuity of care for women in primary health care. 3) Care in the puerperal period in primary health care: maternal expectations. **Conclusion:** The cities under study still do not offer systematic monitoring of women's health in the puerperal period, resulting in a low resolution, access, and completeness, which consequently leads to exposure to the greater risk of injuries in the puerperium due to restricted promotion actions and prevention by health professionals.

Keywords: Women's health. Postpartum period. Primary health care. Delivery of health care.

LA EXPERIENCIA DE MUJERES EN EL PUERPERIO: (DES)CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA EN LA MATERNIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN

Objetivo: comprender la vivencia de la mujer en cuanto a la continuidad de la asistencia en el puerperio en la atención primaria de salud, en municipios del Estado de Paraná/Brasil, orientados por la Rede Mãe Paranaense. **Método:** se trata de una investigación cualitativa con uso del referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz, realizada por medio de entrevista semiestructurada, con 23 mujeres, en cuatro municipios de una Regional de Salud del Estado de Paraná, entre marzo y septiembre de 2018. **Resultados:** fueron identificadas tres categorías: 1) Puerperio inmediato: preparación para el alta de la maternidad y cuidado en la atención primaria a la salud; 2) Puerperio tardío: continuidad del cuidado a la mujer en la atención primaria a la salud. 3) El cuidado en el período puerperal en la atención primaria a la salud: expectativas maternas. **Conclusión:** los municipios estudiados aún no ofrecen un acompañamiento sistemático de la salud de la mujer en el período puerperal, culminando para la disminución de la resolución, del acceso y la integralidad, lo que consecuentemente remete para la exposición al mayor riesgo de agravios en el puerperio debido a las restrictas acciones de promoción y prevención por los profesionales de salud.

Palabras clave: Salud de la mujer. Período posparto. Atención primaria de salud. Prestación de atención de salud.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde materna. Disponível em: URL: <https://www.paho.org/pt/node/63100>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da

mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
5. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Linha Guia -Programa Rede Mãe Paranaense. Curitiba: [s.n]. 2018. Disponível em: URL: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versa_o_final.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Pereira MC, Gradim CVC. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. *Cienc.cuid.saúde*. 2014 [citado em 16 ago 2019];13(1):35-42. Disponível em: URL: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i1.19572>.
8. Zanatta E, Pereira CRR, Alves AP. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesqui. prá. psicossociais* [on-line]. 2017 [citado em 16 ago 2019]; 12(3):1-16. Disponível em: URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1809-8908.
9. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc. Anna Nery* [on-line]. 2015 mar [citado em 26 ago 2020]; 19(1):181-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>.
10. Henriques CMG, Santos MLFC, Caceiro EMSF, Ramalho SIHMSA. Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [on-line]. 2015 fev [citado em 20 ago 2020]; spe2:63-68. Disponível em: URL: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100011&lng=pt.
11. Andrade CJ, Baccelli MS, Benincasa M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. *Vínculo* [on-line]. 2017 [citado em 22 ago 2020]; 14(1):1-13. Disponível em: URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000100004&lng=pt&nrm=iso.
12. Dantas et al. Representações sociais de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre cuidado de enfermagem no pós-parto. *Cogitare Enferm.* [on-line]. 2018 [citado em 24 mar 2021]; (23)3: e53250. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.53250>.
13. Schutz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012.
14. Caldeira S, Luz MS, Tacla MTGM, Machineski GG, Silva RMM, Pinto MPV, Ferrari RAP. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. *REME - Rev Min Enferm* [on-line]. 2017 [citado em 26 ago 2020]; 21:e-992. Disponível em: URL: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1128>.
15. Castiglioni CM, Cremonese L, Prates LA, Schimith MD, Sehnem GD, Wilhelm LA. Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. *RevEnferm UFSM* [on-line]. 2020 [citado em 18 out 2020]; 10(e50):1-19. Disponível em: URL: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37087/html>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Sitrin D, Guenther T, Murray J, Pilgrim N, Rubayet S, Ligowe R, et al. Reaching mothers and babies with early postnatal home visits: the implementation realities of achieving high coverage in large-scale programs. *PLoSOne* [on-line]. 2013 [citado em jul 2020]; 17;8(7):e68930. Disponível em: URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0068930>.
18. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad Saúde Pública* [on-line]. 2017 [citado em 26 ago 2020];33(3):e00136215. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=en. Epub Apr 03, 2017.
19. Correa M, Feliciano K, PedrosaE, Souza A. Women's perception concerning health care in the post-partum period: ameta-synthesis. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* [on-line]. 2014[citado em 17 de ago 2020]; 4:416-26. Disponível em: URL: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=46496>.
20. 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 Enferm* [on-line]. 2016. [citado em 26 ago 2020]; 37(3): e59248. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300415&lng=en. Epub Oct 24, 2016.
21. Quirino AFA, Ferrari RAP, Maciel SM, Santos ID de L, Medeiros FF, Cardelli AAM. Self-carepractices in thefirstyearpostpartum. *Cienc. cuid. saúde* [on-line]. 2016 jul. [citado em 17 de ago 2020];15(3):436-44. Disponível em: URL: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31787>.

Endereço para correspondência: Rosângela Aparecia Pimenta Ferrari Av. Robert Kock, n. 60, Vila Operária, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem/Uel, 3º andar, CEP: 86038-350, Londrina-PR. E-mail: ropimentaferrari@uel.br

Data de recebimento: 27/12/2020

Data de aprovação: 01/08/2021

APOIO FINANCEIRO

Chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016