

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Bruna Rego Rangel Cabral

**Mais que mães, mulheres...
A voz das puérperas sobre os cuidados recebidos na Atenção
Básica em Saúde**

São Carlos

2025

Bruna Rego Rangel Cabral

Mais que mães, mulheres...

**A voz das puérperas sobre os cuidados recebidos na Atenção
Básica em Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (PPGGC - UFSCar) para obtenção do título de Mestre

Orientação: Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto

São Carlos

2025

Cabral, Bruna Rego Rangel

Mais que mães, mulheres... A voz das puérperas sobre os cuidados recebidos na Atenção Básica em Saúde / Bruna Rego Rangel Cabral -- 2025.
109f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Alana de Paiva Nogueira Fornereto
Banca Examinadora: Jamile Claro de Castro Bussadori, Aline Silva de Moura
Bibliografia

1. Período pós-parto . 2. Puerpério. 3. Atenção básica em saúde. I. Cabral, Bruna Rego Rangel. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Bruna Rego Rangel Cabral, realizada em 18/02/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi (UFSCar)

Profa. Dra. Aline Silva de Moura (UFBA)

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que
tiveram coragem de se aventurar nesse
caminho árduo, solitário e transformador que
é o puerpério. À minha mãe,
à mãe que fui, à mãe que estou e a todas as
mães que tocaram minhas mãos e meu
coração.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a cada mulher que se disponibilizou a participar deste trabalho. A cada puérpera que atendi, ao longo dos anos de profissão. Sem vocês isso não seria possível! Que eu possa espalhar ao vento cada crítica e sugestão aqui deixada. Seguiremos juntas na construção de espaços dignos, efetivos e afetivos de cuidado ao puerpério. Por onde eu for, levo comigo o que vocês me ensinaram.

Aos meus filhos por terem me feito mãe. Pelos beijos, abraços, pelos carinhos com as mãozinhas tão pequenas. Por respeitarem os momentos em que eu precisava escrever, produzir, me ausentar, tomar um banho de meia hora para restaurar as energias. Experimentei muitas das vivências e sentimentos relatados neste trabalho e tenho certeza de que a maternidade me faz, diariamente, tentar ser alguém melhor.

Ao meu marido Tarcisio, meu grande amor, e o melhor pai que eu poderia ter escolhido para os meus filhos. Obrigada por todo apoio, incentivo, pela partilha de tarefas, pelos sucos geladinhos enquanto eu me desdobrava para assistir a mais uma aula do mestrado. Ter você na minha vida não é sorte, é escolha, é construção diária.

À melhor mãe do mundo, Vilma, meu exemplo no processo de maternar e ao meu padrasto Carlos (o pai que a vida me deu de presente), por todo amor dedicado, pelo apoio incondicional para que eu não desistisse e pelas folgas do papel materno para que eu recuperasse o equilíbrio e pudesse escrever com o mínimo de silêncio. Pequenos respiros tão necessários... amo vocês!

Ao meu irmão Junior e meu cunhado Vinícius, que mesmo de longe, sempre vibraram por mim, a cada conquista.

À minha sogra Vera pelo amor de mãe que me oferta, pelas comidinhas em hora oportuna e pelos cuidados com as crianças que me renderam algumas horinhas preciosas de escrita.

Aos colegas da enfermagem, tantos... ao longo de tantos anos, que se dispuseram a ouvir, a acolher, a fazer diferente, a fazer junto. Em especial à Angélica, minha grande parceira de visitas domiciliares, quando comecei a me interessar pela temática do puerpério; e aos enfermeiros que me ajudaram a captar (quase capturar) as participantes deste trabalho. Um processo tão penoso que não teria se efetivado sem vocês.

Aos meus colegas de mestrado, especialmente Katarina, Fernanda, Ceíça e Ada, minhas parceiras de reclamações e incentivos diários, amigadas que construí no mestrado e levo para a vida.

Às minhas chefias na atenção básica e hoje, amigas tão queridas: Marlene e Gisele. Gratidão por acreditarem na potência do meu trabalho e me permitirem trabalhar com o que amo. À

Mariane, minha fisio preferida, parceira de trabalho e de maternidade. Quanto aprendizado e desabafos trocamos, sempre em busca de um materno mais gentil, de formas mais leves de passar pelas turbulências!

À Lariani, minha amiga-irmã, com quem posso contar até debaixo d'água.

A uma das mulheres mais potentes que já conheci na vida, aquela que sempre me diz que dou conta, que vai dar tempo e que está incrível: minha orientadora, incentivadora, parceira, amiga, Alana. Sem você eu não teria conseguido!

E por fim, agradeço a Deus! Não sou nada religiosa, não sou frequente em nenhuma instituição, mas tenho uma fé enorme e sei que em alguns momentos, só Ele me sustenta...

*“Sou fera, sou bicho, sou anjo e sou mulher.
Sou minha mãe e minha filha, inha irmã, minha menina.
Mas sou minha, só minha e não de quem quiser.
Sou Deus, tua deusa, meu amor.
Alguma coisa aconteceu .
Do ventre nasce um novo coração”
(Cássia Eller)*

RESUMO

Uma breve contextualização histórica aponta para o quanto foi lento e conflituoso o processo de ampliar a compreensão da saúde da mulher para além de características reprodutivas e do exercício do papel materno, bem como o quanto o movimento feminista foi e continua sendo importante neste contexto. A busca por referenciais bibliográficos, que abordem a saúde da mulher de forma integral, revela uma lacuna significativa no que diz respeito ao puerpério, especialmente no contexto da Atenção básica em Saúde. Essa lacuna justifica a realização deste trabalho. Trata-se de uma ausência identificada, inclusive, nos protocolos e documentos do Ministério da Saúde, o que, conseqüentemente, repercute na inexistência ou existência reduzida de ofertas de estratégias de cuidado ao pós-parto nas Unidades Básicas de Saúde e em divergências na compreensão sobre a necessidade das mesmas por parte das equipes/profissionais. Quando existentes, estas estratégias têm como foco o atendimento aos aspectos físicos da criança e da mãe, enquanto as necessidades da mulher são relegadas a segundo plano. O presente estudo teve como cenário a Unidade Básica de Saúde Redenção, situada no município de São Carlos, cidade do interior de São Paulo, e teve como objetivos compreender as ações de cuidado oferecidas às mulheres no pós-parto na Atenção Básica em Saúde e analisar, na perspectiva dessas mulheres, se elas receberam o cuidado esperado por elas. Para tanto, foi realizado um estudo de campo, de natureza qualitativa, com caráter exploratório e transversal. A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2023, através de entrevistas semiestruturadas, contendo questões disparadoras dirigidas às necessidades das mulheres no puerpério e às estratégias de atendimento ofertadas pela Unidade Básica de Saúde neste período. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011) e para a discussão dos mesmos foi utilizado o referencial teórico do cuidado integral, proposto por Ayres (2009).

Os resultados obtidos configuram 3 categorias que merecem ser aprofundadas: Itinerário terapêutico, vínculo com profissionais de saúde e construção do meu jeito de maternar. Os objetivos iniciais deste estudo foram alcançados e permitiram compreender a oferta e os desafios envolvidos no cuidado às puérperas no contexto em questão. Os dados aqui produzidos apontam a urgência de mais estudos nesta frente, de forma a qualificar a atenção às puérperas neste período do desenvolvimento humano tão significativo.

Descritores: período pós-parto, puerpério, cuidado integral, saúde da mulher, atenção básica em saúde.

ABSTRACT

A brief historical contextualization highlights how slow and conflict-ridden the process has been to broaden the understanding of women's health beyond reproductive characteristics and the maternal role, as well as the fundamental role the feminist movement has played, and continues to play, in this context. The search for bibliographic references that address women's health in a comprehensive manner reveals a significant gap regarding the postpartum period, especially within the context of Primary Health Care. This gap justifies the development of this study. It is a gap identified even in protocols and documents from the Ministry of Health, which consequently impacts the absence, or limited existence, of strategies for postpartum care in Primary Health Units, and leads to discrepancies in how health professionals and teams perceive the necessity of such strategies. When they do exist, these strategies are primarily focused on the physical health of the child and the mother, while women's broader needs are often relegated to a secondary role.

This study was conducted at the Redenção Primary Health Unit, located in the municipality of São Carlos, in the interior of São Paulo state. Its objectives were to understand the postpartum care actions offered to women within Primary Health Care and to analyze, from these women's perspectives, whether they received the care they expected.

To achieve this, a field study with a qualitative, exploratory, and cross-sectional design was carried out. Data collection took place between August and December 2023, through semi-structured interviews containing guiding questions focused on the women's postpartum needs and the care strategies offered by the Primary Health Unit during this period. For data analysis, Bardin's (2011) content analysis technique was used, and for the discussion, the theoretical framework of comprehensive care, proposed by Ayres (2009), was adopted.

The results led to the identification of three categories that warrant further exploration: therapeutic itinerary, bond with health professionals, and constructing my own way of mothering. The initial objectives of this study were achieved and enabled a better understanding of the provision and challenges involved in postpartum care within the context studied. The findings underscore the urgent need for further research in this area, in order to improve the quality of care provided to women during this highly significant stage of human development.

Keywords: postpartum period, puerperium, comprehensive care, women's health, primary health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores do Previnde Brasil.....	20
Tabela 2 : Estratificação do cuidado gestacional no município de São Carlos.....	34
Tabela 3: Caracterização das participantes: dados sociodemográficos.....	41
Tabela 4: Caracterização das participantes: dados obstétricos e rede de apoio.....	42
Tabela 5: Ações de cuidado na ABS, citadas pelas participantes.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha do tempo - Saúde da mulher.....	17
Figura 2: Representação esquemática do modelo de atenção pós-natal da OMS.....	50
Figura 3: Ações de cuidado na ABS, sinalizadas pelas participantes.....	51
Figura 4: Idealizações x vida real.....	66

APÊNDICES

APÊNDICE A: Cronograma.....	89
APÊNDICE B: Termo de compromisso livre e esclarecido (TCLE).....	91
APÊNDICE C: Roteiro de entrevista preliminar.....	94
APÊNDICE D: Roteiro de entrevista definitivo.....	96

ANEXOS

ANEXO 1: Parecer consubstanciado CEP.....	98
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS: Atenção Básica em Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

AC: Análise de conteúdo

TO: Terapia ocupacional

SUS: Sistema Único de Saúde

PPGGC: Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

PMI :Programa Materno-Infantil

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN: Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento

PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RAS: Redes de Atenção à Saúde Temáticas
RAMI: Rede de Atendimento Materno Infantil
NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PEC e-SUS: Prontuário Eletrônico do Cidadão
CID: Classificação Internacional de Doenças
CIAP: Classificação Internacional da ABS
CBO: Classificação Brasileira de Ocupações
PNAB: Política Nacional de ABS
PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da ABS
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF: Estratégia de Saúde da Família
USF: Unidade de Saúde da Família
ACS: Agentes Comunitários de Saúde
ACE: Agentes de Combate a Endemias
USF: Unidade de Saúde da Família
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DGCA: Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
CROSS: Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
ACEG: Ambulatório de Cuidados Especiais em Gestaçã
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
OMS: Organização Mundial de Saúde
AVD: Atividade de Vida Diária
CID 11: Classificação Internacional de Doenças
DSM 5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental
DPP: Depressão pós-parto

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA: AS MULHERES POR TRÁS DESTA PESQUISA.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Saúde da mulher: contextualização histórica.....	16
1.2 A busca por definições: O que é puerpério?.....	23
1.3 Atendimento ao puerpério: uma reflexão sobre as atribuições da ABS.....	25
2. IMPACTO SÓCIO POLÍTICO DO PROJETO.....	30
3. OBJETIVOS.....	31
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
4.1 Desenho da pesquisa.....	31
4.2 Levantamento bibliográfico.....	32
4.3 Cenário de pesquisa	32
4.4 Convite, Caracterização das participantes e critérios de inclusão.....	37
4.5 Realização da entrevista/ Construção de dados.....	37
4.6 Aspectos éticos.....	38
4.7 Análise dos dados.....	39
5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
5.1 Categoria 1: Itinerário/ percurso de cuidado da mulher no período gestacional e puerperal.....	45
5.2 Categoria 2: Vínculo com profissionais da UBS/ de saúde durante a gestação e pós-parto.....	53
5.3 Categoria 3: O caminho da idealização até a construção do meu jeito de maternar - cultura da parentalidade.....	65
6. CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	78

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA: AS MULHERES POR TRÁS DESTA PESQUISA.

Entre os tantos papéis sociais que desempenho, posso dizer que sou terapeuta ocupacional (TO) e mãe de 2 filhos maravilhosos. Minha motivação para trabalhar com a saúde da mulher surgiu quando iniciei minha jornada na Atenção Básica em Saúde (ABS). Uma nova prática se descortinava diante dos meus olhos e meus pensamentos se fixaram na possibilidade de atuar em equipe, de partilhar condutas, de trabalhar prevenção e de promover saúde. Me encantava (e ainda encanta) fazer parte da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, na prática, os dilemas tipicamente vivenciados por um terapeuta ocupacional, no sentido de fundamentar a prática, educar as equipes acerca das atribuições e possibilidades de atuação dentro deste núcleo profissional se somaram ao desconhecimento das possibilidades de atuação dos profissionais das equipes multi neste contexto. A inserção da terapia ocupacional na ABS ainda era recente e permeada por incertezas. As equipes multi funcionavam (e ainda funcionam) norteadas por uma lógica curativista, centrada no modelo biomédico.

Comecei a observar que grande parte da população que transita diariamente por uma unidade de saúde é constituída por mulheres. Mulheres que cuidam, em diferentes perspectivas: cuidam dos parceiros e parceiras, dos filhos, dos pais, dos amigos. E constantemente esquecem de cuidar de si mesmas. Essa foi minha grande motivação para aprofundar meus estudos nesta área. Como cuidar destas mulheres?

Um terapeuta ocupacional tem como centro de sua atuação o fazer humano, o olhar dirigido para o cotidiano. O que as pessoas fazem e como fazem? Observar a rotina daquela mulheres, ali presentes e atendê-las no serviço de saúde me fez refletir sobre o quanto, em sua maioria, elas estavam sobrecarregadas. Eu ainda não conhecia o referencial teórico da integralidade do cuidado, mas consegui vislumbrar, de modo muito leigo, que suas necessidades estavam sendo colocadas em segundo plano. Em um movimento inicial de ilustrar para a equipe as possibilidades de atuação da TO dentro da ABS passei a realizar acolhimentos com ênfase em aspectos de saúde mental. Sempre mulheres... exaustas, sobrecarregadas, negligenciando suas necessidades de saúde em prol dos cuidados com pessoas de sua convivência.

Nessa mesma época a Secretaria de Saúde do município iniciou um movimento de capacitações dirigidas para questões da primeira infância e pela primeira vez me deparei com questões da gestação e puerpério que necessitavam ser abordadas nos serviços de saúde. Olhar para o processo de gestar, repleto de cuidados e possibilidades, com ênfase no

protagonismo dessas mulheres me motivou. Mas o que me instigou de fato foi a invisibilidade de ações em saúde dirigidas para as puérperas.

Entre a gestação e o puerpério há um abismo, um salto muito grande. Passar de cuidada para cuidadora é um processo complexo. As mudanças na rotina, no desempenho dos papéis sociais, a cobrança de fazer tudo certo, de cuidar de alguém que depende integralmente de você para sobreviver. Um acúmulo de responsabilidades que, se não forem partilhadas, pode ser um gerador de adoecimento. Neste momento tive um insight : Isto é um prato cheio para a terapia ocupacional! Trabalhar o fortalecimento destas mulheres e manter esse protagonismo para além do parto. Esse era e segue sendo meu objetivo até os dias de hoje.

Quando iniciei minha formação de doula, senti que tinha mais embasamento para trabalhar aspectos da gestação e do parto. Passei a me inserir nos grupos de gestantes das unidades em que estava inserida e em parceria com uma colega muito especial da enfermagem, iniciamos as visitas domiciliares das puérperas do território. Uma época promissora, permeada por desafios, descobertas e aprendizado. Senti que estava ofertando, de fato, o que aquelas mulheres desejavam naquele momento tão angustiante. Além de orientações típicas para o período, conseguimos disponibilizar ouvidos atentos para uma escuta qualificada e desprovida de julgamentos. Pude ver, na prática, a importância do vínculo que se estendia do acompanhamento no período gestacional para o período puerperal. O quanto era necessário olhar para além da humanização do parto, para o protagonismo da mulher no momento de parir. Havia um depois e esse depois me encantava. eu sentia que podia somar e acredito que fizemos a diferença na vida daquelas mulheres que nos receberam de modo tão acolhedor em suas casas, que nos entregaram seus filhos no colo e contaram coisas que talvez nunca tenham tido coragem de confidenciar pra mais ninguém.

Mas, como resalto ao longo de todo este trabalho, o movimento político tem um papel prioritário no que se refere às perspectivas de cuidado ofertadas e à autonomia dos profissionais para trabalharem com o que desejam, com o que gostam e sabem fazer. A troca de gestão inviabilizou a continuidade dessa ação. Fui engolida pela necessidade de olhar para outras populações, outras demandas. A cobrança por um rendimento quantitativo, as listas de espera em saúde mental crescendo a cada momento e a indisponibilidade de profissionais parceiros para compartilhar condutas fez com que eu me afastasse um pouco desta prática.

Quando me tornei mãe e vivenciei concretamente o puerpério passei a me inquietar novamente com essas questões. Olhar para meu processo me fez enxergar que algumas coisas poderiam ter sido mais fáceis se eu tivesse um suporte profissional adequado e que transcendesse aspectos clínicos desde a gestação. De modo menos intenso voltei a priorizar

meu trabalho com estas mulheres. Nesse sentido, a parceria com a universidade passou a ser o carro chefe para dar continuidade a essas ações. O grupo de gestantes em sala de espera passou a ser um espaço de aprendizagem e experimentação para os estagiários de terapia ocupacional e de enfermagem.

Nesse momento, aprofundo minha relação com Alana, minha (hoje) orientadora e grande incentivadora. Não houve um momento em que ela não me dissesse o quanto sou capaz. Tocada pela parceria e pela possibilidade de difundir o conhecimento acerca desta temática e qualificar a prática já realizada na ABS, decidi ingressar no mestrado profissional ofertado pelo Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Minha escolha pelo programa se respaldou na perspectiva de ofertar um projeto dirigido para melhorias concretas no SUS e pelas peculiaridades de um mestrado profissional, que implica numa estreita relação com a prática e objetiva produzir uma proposta de ação que possa ter impacto no sistema/serviço que ele coloca sob análise.

Entre tantos imprevistos pessoais e profissionais, Alana conseguiu ser minha orientadora. Nós nos escolhemos e não foi coincidência ou obra do acaso. Ter uma orientadora mãe, empática com minha rotina, dificuldades e limitações impostas pelo exercício do papel materno era algo prioritário para mim. Aprendemos juntas, sofremos juntas, vibramos juntas!

Somos as mulheres por trás deste trabalho, que tem como temática central a Saúde da mulher na ABS, com o foco na assistência ao período pós parto/puerpério.

O primeiro passo, após a definição da temática a ser estudada, foi a realização de uma intensa revisão de literatura, que apontou aspectos que convergiam com minhas observações e vivências no cenário de prática em questão, entre elas as mais significativas são o desconhecimento ou inexistência de ofertas de estratégias de cuidado ao pós-parto nas UBS e divergências na compreensão sobre a necessidade e eficácia de tais estratégias por parte da equipe/profissionais. É possível apontar que, quando existentes, estas ações têm como foco prioritário o atendimento aos aspectos da saúde física do recém nascido. No puerpério a saúde da mulher tem sua integralidade ferida e, mesmo de modo dissociado, tanto aspectos físicos quanto emocionais são relegados a segundo plano. O olhar da puérpera, das pessoas que compõem a rede de suporte e dos profissionais de saúde está centrado no bebê.

A atenção ao pós-parto pode e deve considerar aspectos internos (estrutura física, materiais, qualificação profissional) e externos (aspectos culturais e expectativas das mulheres a serem atendidas), movimento que este projeto espera debruçar-se ao dar voz às mulheres atendidas na ABS.

Considerando os aspectos apontados nesta apresentação, temos como perguntas de pesquisa: O que é ofertado de cuidado às mulheres no pós-parto na ABS? O que mulheres no pós-parto desejam receber de cuidados na ABS? O que as usuárias têm a dizer sobre cuidado recebido no pós-parto na ABS?

1. INTRODUÇÃO

1.1 Saúde da mulher: contextualização histórica

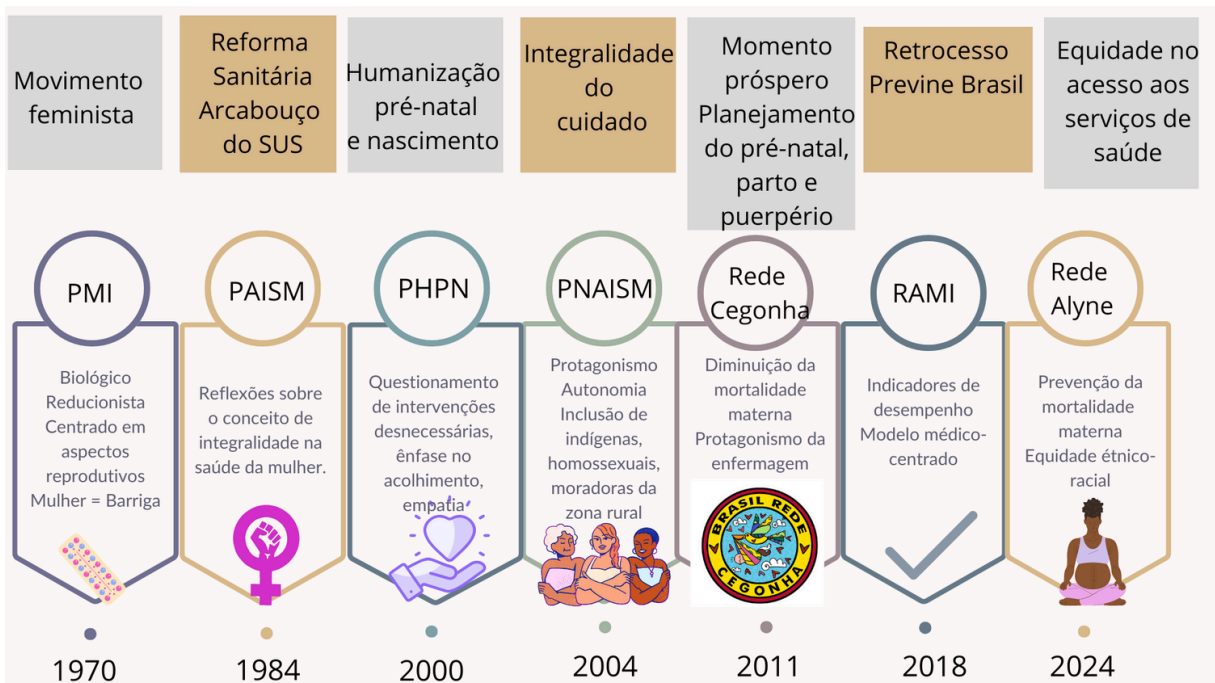
"Afirmar que o filho é o fim supremo da mulher tem exatamente o valor de um slogan publicitário" (Simone de Beauvoir)

Para uma melhor compreensão da relação entre os momentos históricos e a elaboração de políticas públicas, utilizaremos os paradigmas descritos por Carvalho (2018): O primeiro é o paradigma materno-infantil que tem suas raízes na década de 70 e que traz a figura feminina restrita ao papel materno. Não há mulher, há um receptáculo que abriga um bebê em seu interior.

O segundo paradigma vigora entre 1983 a 2007, é denominado paradigma da saúde da mulher e apresenta como perspectiva crescente e processual um olhar voltado para a integralidade do cuidado, para a identificação das reais necessidades de saúde das mulheres (que transcendem a vivência do papel materno) e para a questão dos determinantes socioeconômicos de saúde.

A figura a seguir ilustra, de modo resumido, as principais políticas públicas dirigidas para a saúde da mulher no Brasil.

Fig.1- Linha do tempo - Saúde da mulher



Fonte: Autoria própria

O fortalecimento do movimento feminista acarretou questionamentos acerca do reducionismo das ações ofertadas para as mulheres e apontou para a necessidade de ampliá-las, com o argumento de que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres geravam problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. A partir de então, inicia-se um processo que propõe avaliação crítica, questionamentos e reestruturação das políticas já vigentes, com objetivo de viabilizar ofertas de cuidado que transcendam os aspectos reprodutivos e promovam qualidade de vida e melhoria das condições de saúde a esta população em todos os ciclos.

Considerando que o Estado possui uma estrutura patriarcal, pode-se dizer que o movimento feminista o compreende de modo ambivalente. Desta forma, o mesmo Estado que tem o controle sobre os corpos femininos, também é o responsável por garantir direitos e propor avanços. Cabe aqui um questionamento pertinente e que será imprescindível para nortear nossa reflexão ao longo desta contextualização histórica: O quanto as mulheres estão, ao longo da história e nos dias de hoje, de fato envolvidas na elaboração e concretização de políticas públicas para as próprias mulheres?

De acordo com Brasil (2016) e Costa, Aquino (2002), o processo de construção de políticas para a saúde da mulher inicia-se amparado por uma visão centrada em aspectos biológicos, que preconiza a priorização do ciclo gravídico-puerperal, aspectos reprodutivos e

a prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama. Até a década de 1970 há um domínio deste olhar e o consequente reforço das diferenças entre os gêneros. A mulher não era compreendida de modo mais amplo, em seus desejos, aspirações, vivências, era reduzida ao papel materno. As políticas públicas eram centradas em como preservar características reprodutivas e fazer dessas mulheres boas mães.

Carvalho (2018) apontou a criação do PMI (Programa Materno-Infantil) como um aspecto que ilustra essa perspectiva, na medida em que o mesmo é considerado um programa reducionista, pautado em aspectos biológicos e que não afetou positivamente os indicadores de saúde das mulheres na época.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi um marco do processo de ruptura com os princípios e prioridades preconizados até então. O programa incorpora como diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 2011).

O PAISM trazia uma proposta de atenção às necessidades integrais de saúde das mulheres, considerando contextos físicos, sociais, psicológicos e emocionais e a necessidade de desconstrução de um modelo que as compreendia como meras parideiras, evidenciando tanto aspectos clínicos, ginecológicos e educativos quanto estratégias de atendimento ao pré-natal, parto e puerpério. Propunha também um olhar ampliado para os ciclos de vida, desde a adolescência até a terceira idade, com ênfase no controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e na assistência para concepção e contracepção.

Pode-se dizer que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar e que é, sem dúvidas, um precedente da reforma sanitária, na medida em que respalda suas ações na oferta de cuidado integral e preconiza a devolução da capacidade de escolha, do poder de decisão diante do corpo feminino às próprias mulheres (Osis, 1998).

Em 2000, ocorre a elaboração do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), que teve como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa traz a

humanização como característica indispensável para um acompanhamento adequado do parto e do puerpério e preconiza o fortalecimento de atitudes empáticas e acolhedoras por parte das equipes de saúde, a oferta de ambientes acolhedores e o questionamento de práticas intervencionistas desnecessárias (Brasil, 2000).

Em 2004, a partir dos dados epidemiológicos e reivindicações de diversos segmentos sociais, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que define diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde dessa população. Este documento traz aspectos inovadores e que não foram amplamente trabalhados na elaboração do PAISM, em 1984. Há um olhar prioritário para o protagonismo da mulher, para o exercício da autonomia, no sentido de prover cuidado integral. Além disso, são explicitadas estratégias específicas para grupos como mulheres negras, indígenas, moradoras da zona rural e homossexuais. (Brasil, 2011)

Em 2011, com a finalidade de construir redes capazes de realizar o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas e algumas populações específicas, o Ministério da Saúde propôs a organização de Redes de Atenção à Saúde Temáticas (RAS). Entre elas, foi idealizada e estruturada a Rede Cegonha, uma política pública que tem como objetivos primordiais a prevenção da mortalidade materna e da violência obstétrica, a reavaliação das estratégias de cuidado dirigidas ao parto e nascimento e o desenvolvimento de ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (Brasil, 2011).

A partir daí, ocorre a sistematização (inclusive com uma proposta temporal) de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 1990, com ênfase nas experiências práticas dos profissionais envolvidos com essas questões e na articulação e qualificação dos serviços e ações de saúde.

A Rede Cegonha traz em sua estrutura propostas que permitem viabilizar a oferta de atendimento humanizado, multidisciplinar (ruptura com o modelo biomédico) e pautado em capacitação e qualificação profissional, inclusive com contribuições significativas para a categoria da enfermagem, que passa a ocupar um papel de protagonista nas práticas dirigidas para a saúde da mulher e da criança.

As mudanças no cenário político federal, a partir de 2018, desencadearam alterações questionáveis nos modelos de atendimento à saúde materno-infantil. Entre elas estão o lançamento do Programa Previne Brasil e a instituição da Rede de Atendimento Materno Infantil (RAMI), que substituiu a Rede Cegonha, ao longo do governo vigente.

O lançamento do Programa Previne Brasil, em 2019, baseou-se na justificativa de

aumentar a flexibilidade e autonomia local, organizar e tornar mais efetivos os serviços de saúde e lançar ênfase para a valorização do desempenho. Trouxe alterações no financiamento e sugestão de aumento de recursos para ABS numa conjuntura de congelamento do gasto social. (Brasil, 2019). Foi bastante criticado pelos sanitaristas, em virtude de seu caráter privatizante e mercadológico, com ênfase no cadastramento dos usuários na ABS, alteração nos critérios para repasse de verbas (vinculado a indicadores de desempenho) e desestímulo à manutenção dos NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Outros aspectos geradores de polêmica foram a extinção de determinadas categorias profissionais dos programas de residência (Seta, Ocké-Reis, Ramos, 2021).

Entre os 7 indicadores de saúde estabelecidos pelo programa, que as equipes da ABS são responsáveis por alcançar, 4 referem-se especificamente à saúde da mulher e 1 a crianças de até 1 ano, o que reforça o argumento de que, apesar do retrocesso gerado pela extinção da Rede Cegonha e de políticas públicas reducionistas e médico-centradas, elaboradas neste período, nem tudo está perdido, pois ainda há um olhar dirigido para as necessidades de saúde das populações acima citadas.

A tabela a seguir demonstra os indicadores propostos, as metas a serem atingidas e demonstra que os 4 primeiros indicadores referem-se à saúde da mulher e o quinto à saúde da criança:

Tabela 1 - Indicadores do Previnde Brasil

Indicadores	Meta de 2022
1 - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.	45%
2- proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	60%
3- proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	60%
4- proporção de mulheres com coleta de citopatológico na ABS.	40%

Indicadores	Meta de 2022
-------------	--------------

5- proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na ABS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo B e Poliomielite inativada.	95%
--	-----

6- proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	50%
---	-----

7- proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.	50%
--	-----

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica em Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 13 nov. 2019.

Zveiter et al (2022) apontam que apesar das avaliações positivas, realizadas entre os anos de 2014 e 2017, nas quais foram observadas: redução de intervenções no parto, receptividade dos médicos para realização de boas práticas e trabalho colaborativo com a enfermagem, humanização na atenção ao parto e nascimento com redução da violência obstétrica; o ano de 2022 está marcado pela substituição da Rede Cegonha pela RAMI , instituída pela portaria nº 2.228, de 1º de julho de 2022.

A RAMI foi e segue bastante questionável, principalmente pelos profissionais da enfermagem, na medida em que devolve o poder de decisão sobre o corpo da mulher ao profissional médico, em detrimento do autoconhecimento e da possibilidade de atuação das equipes multi. Neste sentido, é possível dizer que há um reforço do medo e de processos interventivos que foram ressignificados e desconstruídos durante a vigência da Rede Cegonha. Essa portaria registra um retrocesso dos direitos humanos, das mulheres e das famílias brasileiras, incluindo os recém-nascidos e também expõe o ataque à enfermagem, no contexto obstétrico, que deixa de ocupar um papel ativo e protagonista e passa a ser vista novamente como uma categoria submissa aos médicos.

Com a mudança no governo federal, a portaria 2.228 foi revogada (em 13 de janeiro de 2023), o que permitiu a retomada da Rede Cegonha e trouxe perspectivas positivas para a atualização, ampliação e descentralização da prática obstétrica no país, que segue sua reconstrução pautada em um modelo multiprofissional e que preza pela construção coletiva.

E por fim, em setembro de 2024, através da portaria 5350 foi lançada a Rede Alyne, que substitui a Rede Cegonha. A proposta atual tem ênfase na redução da mortalidade materna de mulheres negras e na ampliação do cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças. Há também a previsão de novos investimentos para melhorar a qualidade e a segurança na ABS, incluindo o acesso a métodos de planejamento reprodutivo e ao pré-natal de baixo risco. (Brasil, 2024)

Através desta contextualização histórica, é possível afirmar que o alcance da integralidade no cuidado à saúde da mulher é um processo amplo, inacabado, que envolve construção- desconstrução e que tem íntima relação com movimentos sócio-políticos. As políticas públicas construídas até então, apontam para um caminho que transcende a simples oferta de ações programáticas e que inclui pensar e concretizar o cuidado em sua integralidade, através do desenvolvimento de ações abrangentes de saúde, centradas nas necessidades das usuárias.

As buscas realizadas ao longo da realização deste trabalho apontam para uma prevalência de políticas públicas e produção bibliográfica dirigidas para as questões gestacionais e para a saúde do recém nascido. Há uma escassez de materiais produzidos com a temática do pós parto e puerpério.

Os manuais do Ministério da Saúde fazem referência ao puerpério, conceituam e estabelecem protocolos de atendimento, porém não aprofundam a temática e não propõem estratégias além do monitoramento de aspectos físicos e clínicos. Uma breve leitura destes manuais permite fazer um comparativo entre os números de páginas dedicadas a cada período (gestação x puerpério). Os aspectos socioemocionais são brevemente mencionados; não há propostas específicas de cunho preventivo, educativo nem promotor de saúde e não há menção à potencialidade dos espaços de acolhimento e troca de experiências.

A Caderneta da Gestante (Brasil, 2016, 2022), inclusive em sua versão mais recente e atualizada, não prioriza aspectos do puerpério. É possível fazer um comparativo quanti - qualitativo entre as orientações e materiais disponibilizados para prover cuidado integral no período pré-natal e as orientações breves, restritas, fisiológicas dirigidas ao puerpério, que restringem-se basicamente aos sinais de alerta, planejamento reprodutivo e amamentação.

O sistema de informação utilizado na ABS atualmente é o Prontuário Eletrônico do

Cidadão (PEC e-SUS). Nele, as mulheres gestantes são cadastradas e acompanhadas durante o pré-natal, através de consultas médicas e de enfermagem. O fechamento do período gestacional não ocorre através da inserção de uma consulta puerperal, mas sim a partir de códigos específicos da Classificação Internacional de Doenças (CID) ou da Classificação Internacional da ABS (CIAP) relacionado ao parto (parto sem complicações de nascido vivo, parto com complicações, aborto espontâneo). Desta forma ocorre o encerramento automático do pré-natal e início do processo de acompanhamento puerperal e de puericultura. Cabe ressaltar que apenas profissionais com CBO de médico ou enfermeiro podem encerrar a gestação, uma vez que somente eles podem preencher o campo "Data de desfecho". Mais uma vez não temos a puérpera como centro desse processo. A consulta puerperal não é sequer descrita pelo sistema e seu registro fica restrito às categorias profissionais mencionadas.

Essas características são reproduzidas nos serviços de saúde. A mesma mulher que é acompanhada em grupo de gestantes, em consultas periódicas, medida, ouvida, acolhida, incentivada a ser protagonista de seu parto, torna-se invisível no puerpério, torna-se a “mãezinha” do bebê, alguém que precisa gozar de boas condições de saúde para poder ofertar o cuidado adequado ao recém nascido. Tantos anos de luta, de conquistas históricas e elaboração de políticas públicas e as necessidades de saúde dessa população, em específico, seguem negligenciadas.

1.2 A busca por definições: O que é puerpério?

“Refletir sobre o puerpério é levar em conta situações que, às vezes, não são nem tão concretas, mas que nem por isso, são menos reais.” (Laura Gutman)

O termo puerpério pode ser conceituado e compreendido de formas variadas. Se partirmos de uma conceituação fisiológica, Rezende (2005) compreende pós-parto e puerpério como sinônimos e os define como um processo de involução e recuperação do organismo materno após a gestação; temporalmente impreciso, mas que pode ser dividido didaticamente em:

- pós parto imediato : 1° ao 10° dia
- pós parto tardio: 10° ao 45° dia
- pós parto remoto: além do 45° dia

Williams (2016) corrobora essa afirmativa ao definir puerpério como um termo originário do latim (puer, criança + parus, trazer à luz) e que é utilizado para definir o período

pós parto durante o qual as alterações anatômicas e fisiológicas maternas induzidas pela gravidez retornam a seu estado original. Refere que a duração desse período varia de 4 a 6 semanas.

Segundo o manual técnico do pré-natal e puerpério, elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2010) o puerpério é definido como um período intenso e dinâmico de transformações emocionais, corporais e sociais, que transcendem aspectos biomédicos. Além disso, é uma fase de ajuste e aceitação do filho real. Em relação a limites temporais é estabelecido um período de 60 dias para essa fase.

Brasil (2005), utiliza prioritariamente o termo puerpério e sugere a consulta puerperal em até 42 dias. Observa-se neste documento o início de uma ampliação da conceituação fisiológica, com inclusão de aspectos psicossociais. Além dos aspectos fisiológicos, o período é definido como um estado de alteração emocional provisório, repleto de transformações psíquicas e que permite às mães o estabelecimento de uma relação com os recém-nascidos que tem como objetivo primordial a satisfação de necessidades básicas dos mesmos.

Brasil (2016), propõe a classificação temporal sinalizada por Rezende (2005) para facilitar a organização das ações de saúde, porém define o puerpério como um período de término impreciso e amplia as afirmações do documento anterior, na medida em que inclui aspectos psicossociais (relacionados à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar).

O período pós parto é permeado por ambiguidade e mudanças nos papéis sociais. A alegria de carregar o bebê no colo e exercer concretamente o papel materno, tão idealizado no período gestacional, pode vir acompanhada da angústia de ser responsável por um ser frágil, pelo medo de não dar conta, de não ter instinto materno e pela mudança dos olhares das pessoas que convivem com a puérpera. Na gestação o foco é a gestante, no puerpério o centro é o bebê. Somados a fatores ambientais e fisiológicos, como a qualidade da rede de suporte, as flutuações hormonais e as estratégias de acompanhamento oferecidas pelos serviços de saúde, esses aspectos podem ser cruciais para delinear a qualidade do vínculo estabelecido entre mãe e bebê e as condições de saúde física e emocional da recém mãe ao longo desse período.

Ferreira, Elias, Corrêa (2018) caracterizam a gestação como um momento de transformações orgânicas e psíquicas da mulher, marcado por novas representações sociais. Essas mudanças psíquicas podem ser um fator preponderante para a saúde mental da puérpera e nortear positiva ou negativamente a reconstrução do vínculo mãe-bebê, na medida em que o filho idealizado na gestação assume um papel concreto, real, que nem sempre condiz com os sonhos, projeções e aspirações do período gestacional.

Pesce e Lopes (2020) abordam os sentimentos ambíguos que emergem no puerpério e traçam uma correlação dos mesmos com a romantização da maternidade. As autoras enfatizam o papel que as redes sociais têm, atualmente, no sentido de gerar comparações irreais e cobranças excessivas. Reforça-se a ideia de que a maternidade pode ser vivida de modo instintivo, leve e sorridente, o que pode levar as puérperas a um excesso de culpabilização e sentimento de incapacidade. Quando na verdade o que se observa é que exercer o papel materno inclui inúmeras renúncias, questionamentos e um movimento de reorganização da identidade materna, no qual as mães passam de uma posição de serem cuidadas e protegidas durante a gravidez para serem as responsáveis pela sobrevivência e adaptação ao mundo de seres tão indefesos e frágeis quanto os recém nascidos.

Brasil (2005) aponta para o fato das necessidades das puérperas serem delegadas a segundo plano, o que pode gerar sentimentos de tristeza, culpa, solidão, incapacidade e o confronto entre situações idealizadas no período gestacional e as vivenciadas concretamente no cotidiano. Esses fatores merecem ser observados minuciosamente, pois dependendo de sua intensidade, duração e frequência, podem ser associados ao “baby blues” (quadro típico do período, em que há um entristecimento passageiro, leve) ou a quadros de depressão pós parto.

1.3 Atendimento ao puerpério: uma reflexão sobre as atribuições da ABS.

“O processo de gravidez fomenta a existência de três bebês na mente materna: O bebê fantasia, o bebê imaginário e o bebê real. O bebê da fantasia é o bebê projetado para o futuro, no qual a mãe manifesta alguns desejos já vivenciados, sendo considerado o mais inconsciente de todos. O bebê imaginário é construído durante a gravidez, num somatório de expectativas e sonhos, integrando as representações mais conscientes da mãe e os desejos. Por último, o bebê real; sendo ele aquele que os pais vivenciaram ao longo de sua história.” (Ferreira, Elias, Corrêa, 2018)

Após a publicação da primeira Política Nacional de ABS (PNAB), em 2006, foram percebidos avanços importantes no campo da ampliação do acesso da população e da oferta de ações dirigidas ao cuidado integral dos indivíduos e populações. De maneira geral, esta política enfocou a solução de problemas já existentes na ABS. Como resultado, houve mudanças na forma de conceber e organizar os espaços promotores de saúde, porém, os questionamentos, na época, pairavam em torno da resolubilidade destas ações.

A PNAB de 2011 fortaleceu o papel central da ABS, a organização em rede, ampliou as ações do NASF, reconheceu as especificidades da equipe e necessidades de saúde

específicas de populações até então negligenciadas (moradores de rua e populações ribeirinhas) e trouxe novas perspectivas de atuação intersetorial. Agregou-se à ABS o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da ABS (PMAQ-AB) e o Programa Mais Médicos. (Brasil, 2012)

Em 2015, representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apontaram a necessidade de debater a PNAB então vigente. Como centro deste debate estava a ampliação do financiamento federal para outras modalidades de organização da ABS e a possibilidade de novas configurações na ESF. Arelado a isso, a 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, sinalizou a importância de discutir a composição e a carga horária de profissionais da ESF (Estratégia de Saúde da Família) e os critérios de distribuição de habitantes por equipe.

Nesse contexto, a nova PNAB, elaborada em 2017, apresenta retrocessos e contradições que estremecem aspectos tidos como primordiais em sua criação, como a acessibilidade, vínculo e desconstrução do modelo biomédico. Podemos citar por exemplo a carteira mínima de serviços ofertados, fusão entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Endemias, atribuição de remuneração adicional em atividades de monitoramento, avaliações gerando “caráter punitivo”, flexibilização da carga horária do médico na Estratégia de saúde da Família, incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às equipes ribeirinhas e Unidades fluviais (NASF-AB) bem como a presença do profissional de saúde bucal das Equipes de Saúde da Família (Almeida, 2018; Brasil, 2006, 2012, 2017).

Pinto (2018) afirma que as mudanças na PNAB, em 2017, apontam para um modelo que desprioriza a Estratégia de saúde da Família (ESF) em função de estratégias que remetem ao SUS da década de 80, um modelo questionável, ineficaz e seletivo. Entre os aspectos negativos sinalizados pelo autor estão a redução do mínimo de ACS para 1 ao invés de 4, por Unidade de Saúde da Família (USF). Além disso, as USF que antes contavam com 100% da cobertura pelos ACS passaram a ter a atuação destes profissionais adscrita a critérios de vulnerabilidade que não foram devidamente estabelecidos no texto da política. Desta forma, seria inviável contar com os ACS para ações de promoção, prevenção em saúde, busca ativa, monitoramento de condições clínicas e adesão a propostas terapêuticas, já que somente alguns usuários seriam visitados por estes profissionais. O autor ainda sinaliza que algumas partes da versão anterior da PNAB foram simplesmente suprimidas, em uma tentativa de não fornecer explicações plausíveis acerca das mudanças efetuadas.

Melo et al (2018) complementa a afirmativa acima, na medida em que aponta que a

principal mudança da PNAB de 2017 está na redução do número de ACS por equipe, de 4 para no mínimo 1, considerando como prioridade a vinculação do profissional a territórios mais vulneráveis. Além disso há uma ampliação das atribuições dessa categoria profissional e a proposta de unificação das ações dos ACS com as dos Agentes de Combate a Endemias (ACE), além da incorporação de funções desempenhadas por técnicos de enfermagem, como aferição de pressão, glicemia e curativos. A PNAB também altera a composição das equipes e sugere novos incentivos financeiros para as mesmas, mesmo que não sigam as diretrizes da ESF.

De acordo com documento produzido em parceria pelo pelo Ministério da Saúde e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, organizado por Gomes et al (2019), com objetivo de nortear as práticas junto à ABS, as estratégias de atendimento à saúde da mulher devem compreender:

- Aconselhamento pré-concepcional;
- Captação e confirmação da gestação;
- Acompanhamento longitudinal da gestação: mensal até 28 semanas, quinzenal até 36 semanas, semanal de 36 semanas até o nascimento;
- Espaço e incentivo para elaboração de plano de parto;
- Grupos de educação em saúde
- Acompanhamento da saúde bucal;
- Consulta puerperal até 7 dias de pós parto;
- Segunda consulta pós parto entre 30 e 40 dias.

Silva (2021) afirma que há uma lacuna no atendimento às necessidades das puérperas, principalmente no puerpério remoto, gerada pela falta de políticas de saúde específicas para este grupo e que não olhar para essas questões em um período tão permeado por mudanças e angústias pode gerar riscos à saúde das mesmas. Reforça a necessidade de qualificar a comunicação entre os serviços em diferentes níveis de complexidade e orientar as puérperas na maternidade sobre o tipo de apoio que podem buscar na ABS, oferecendo um cuidado que vai além de monitorar o desenvolvimento do bebê.

A proposta da Rede Cegonha, considerada um marco, no que se refere às estratégias de cuidado à saúde materno-infantil, gerou avanços consideráveis em relação ao acompanhamento humanizado e integral dos aspectos gestacionais e do parto, à prevenção da violência obstétrica e à potência da comunicação intersetorial, porém, mesmo dentro de uma rede pensada e elaborada de modo amplo, é visível que a saúde da puérpera não é tratada com

a mesma relevância que a saúde da gestante.

Se fizermos um exercício comparativo dentro da proposta da Rede Cegonha, é possível observar que há um número menor de estratégias de cuidado propostas para essa população, além de um olhar reducionista, centrado em aspectos que fogem da norma e que podem gerar adoecimento.

Em sua obra, Carvalho (2018) aponta uma reflexão proposta pelo movimento feminista acerca do quanto a perspectiva da Rede Cegonha colabora para perpetuar uma visão da mulher, inclusive no período gestacional, reduzida ao papel materno (apenas uma cuidadora, um corpo que precisa estar saudável para cuidar de outro. Uma reflexão importante, se considerarmos que a proposta da Rede Cegonha é o que temos de mais atualizado na área e, mesmo assim, não há um olhar dirigido para a mulher em sua subjetividade, em seu protagonismo. As ações de cuidado são dirigidas para a mulher em seu papel materno, para a saúde materno-infantil. Não temos uma mulher no centro deste processo, temos uma mãe, aspecto que é reforçado pela terminologia empregada: materno-infantil.

O componente III da Rede Cegonha é intitulado: “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança” e preconiza:

- Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- Acompanhamento da puérpera e da criança na ABS com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- Busca ativa de crianças vulneráveis;
- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
- Orientação e oferta de métodos contraceptivos.

Nota-se que não há ênfase a um cuidado específico para a mulher nesse período nem para questões de saúde mental e que há uma priorização de aspectos físicos, tanto da mãe quanto do bebê.

A Rede Alyne, rede de atenção à saúde materna, infantil e reprodutiva do Ministério da Saúde, foi lançada em 2024 e traz uma perspectiva de atualizar e ampliar os princípios da Rede Cegonha, incorporando componentes adicionais como o sistema de apoio e o sistema de governança, com foco explícito na equidade racial, regional e social. No que se refere ao puerpério, a Rede Alyne avança ao reconhecer essa fase como crítica para a saúde materna,

enfatizando a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, a integração entre os diferentes níveis de atenção e a implementação de serviços específicos, como os Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco e as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (BRASIL, 2024). Assim, observa-se uma transição de um modelo centrado na ampliação do acesso para um modelo que busca assegurar qualidade, resolutividade e justiça social no cuidado à mulher puérpera.

As referências bibliográficas pesquisadas ao longo da realização deste trabalho trouxeram como resultados o predomínio de estratégias de promoção e prevenção em saúde dirigidas para o período gestacional. Já no puerpério, as ações propostas (em sua maioria, por profissionais da enfermagem), têm características curativistas e são centradas em problemas já instalados, em patologias (vasto repertório de referências que estudam depressão pós parto, por exemplo). Os protocolos de atendimento são engessados, norteados por alterações nas condições físicas. Praticamente não há referências de cuidado mais amplo, preventivo, focado na mulher, o que traz a reflexão sobre como após o nascimento o olhar dos profissionais também se volta para o bebê.

Mendes (2003) sinaliza que, embora os programas desenvolvidos pelas instituições de saúde confirmem prioridade à Saúde da Mulher, estes tendem a considerá-las apenas em seus papéis de gestante e nutriz, o que contraria a perspectiva da integralidade e contribui para a perpetuação de um modelo de cuidado centrado na criança. A autora exemplifica essa perspectiva através da observação (em coleta de dados) de que nas consultas puerperais a ênfase é dada à avaliação física, incentivo à amamentação e necessidade de contracepção.

Conforme apontam Baratieri e Natal (2019), as intervenções pós-parto são, em sua maioria, realizadas pelas equipes de enfermagem e medicina e falta capacitação e atualização dos profissionais médicos para lidar com esse assunto. Estes autores reforçam que estudar puerpério é imprescindível para refletir e concretizar propostas de atividades na ABS, considerando tanto aspectos internos (estrutura física, materiais, qualificação profissional) quanto externos (aspectos culturais e expectativas das mulheres a serem atendidas) e apontam que as mulheres queixam-se da atenção pós parto no setor primário, ressaltando a mudança de foco no cuidado da gestante para o bebê e a falta de estratégias de cuidado voltadas para a educação em saúde.

Justino et al (2021) abordam questões de sexualidade e contracepção no pós-parto, trazem a reflexão de que tanto as mulheres quanto os profissionais de saúde da ABS estão insatisfeitos com o tipo de intervenções oferecidas e que as mesmas estão restritas a um aparato técnico e hierárquico, onde o profissional (médico ou enfermeiro) apenas reproduz

saberes, atua como detentor do conhecimento e as mulheres atendidas não têm a chance de atuar com protagonismo e autonomia.

As condições de trabalho das equipes de enfermagem que lidam com uma grande demanda, sobrecarga e acúmulo de funções, contribuem para a realização de atendimentos rápidos, técnicos e superficiais, centrados em problemas concretos, em questões de adoecimento. Aspectos que destoam do esperado são encaminhados, muitas vezes apenas por escrito, sem discussão do caso nem partilha de condutas. Um exemplo clássico são as dificuldades na amamentação, que são frequentemente encaminhadas para o banco de leite da maternidade, com a justificativa (plausível) de que os profissionais da UBS (nesse ponto não se inclui apenas os enfermeiros, já que qualquer profissional pode ser capacitado nesse sentido) não receberam formação e atualização de conteúdos dirigidos para essa prática.

Desta forma, o acompanhamento pós-parto fica bastante restrito à observação e intervenção diante das condições de saúde física da mulher e do bebê. Retirada dos pontos, orientações superficiais sobre aleitamento e consultas pediátricas para monitorar o desenvolvimento do bebê estão entre os procedimentos padrão. A saúde é compreendida como ausência de doença e se não houver um vínculo anterior bem consolidado com os profissionais que prestam o atendimento pós-parto, dificilmente aspectos mais amplos terão espaço para emergir.

Com objetivo de reduzir a sobrecarga das equipes de enfermagem na ABS e prover cuidado integral para essa população, faz-se necessário rever os modelos de atuação profissional, o que requer transcender a atuação multidisciplinar e fomentar a prática interprofissional. De acordo com Batista et al (2018) e Saraiva, Fernandes e Liria (2020) a atuação interprofissional preza por uma prática colaborativa, propõe uma visão menos fragmentada e especializada e respalda -se prioritariamente na troca de saberes e partilha de ações. Além disso, os cuidados colaborativos possibilitam relações mais próximas entre os profissionais, com maior qualidade e coordenação do cuidado e podem promover mudanças em um contexto subjetivo, interprofissional e organizacional.

Finalizando a reflexão acerca das reflexões acerca das atribuições da ABS no que se refere ao cuidado das puérperas, cabe ressaltar que há alguns dificultadores do acesso às puérperas pelas equipes de saúde das UBS. A comunicação entre a maternidade e as unidades de saúde no que se refere à alta responsável das mulheres e seus bebês, ocorre periodicamente, via e-mail, porém nem todas as mulheres retornam para consulta na UBS até 7 dias pós-parto, como sinaliza o protocolo nacional vigente. E como o modelo de cobertura da ABS no município de São Carlos é híbrido (compreende UBS e USF) e possui apenas um

NASF, situado fora do território onde este trabalho foi realizado, não há realização de visita domiciliar na primeira semana pelas equipes das UBS.

2. IMPACTO SÓCIO POLÍTICO DO PROJETO

A realização deste trabalho pode contribuir para impulsionar discussões sobre a invisibilidade das mulheres no puerpério, aspecto observado tanto no âmbito das relações interpessoais destas mulheres quanto nas situações de cuidado que lhe são ofertadas nos espaços de saúde, depois de se tornarem mães. Mães vivem, têm sonhos, experimentam sentimentos ambíguos, fazem planos e sentem falta de suas vidas antes da maternidade. É necessário acolhê-las e auxiliá-las a cuidar de sua saúde como um todo, disponibilizando espaços acessíveis e ouvidos atentos, que auxiliem na construção dos projetos pessoais de felicidade.

Elaborar um material que aborde esses aspectos, tão negligenciados, pode motivar a realização de novos estudos com esta temática e, num futuro não tão distante, gerar a ampliação de protocolos, manuais e políticas públicas voltadas especificamente para esta população e conseqüentemente viabilizar a sensibilização e qualificação das equipes da ABS para a oferta de um cuidado centrado nas reais necessidades de saúde destas mulheres, as quais este trabalho propôs-se a identificar.

3. OBJETIVOS

- Compreender as ações de cuidado oferecidas às mulheres no pós-parto na ABS, a partir da perspectiva das usuárias;
- Analisar as estratégias de cuidado recebidas e desejadas no pós-parto na UBS;
- Mapear e nomear as ofertas de cuidado às mulheres no pós-parto na UBS;
- Identificar fragilidades e potencialidades na assistência prestada na UBS às mulheres no pós- parto.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho da pesquisa

Trata-se de um estudo de campo, de natureza qualitativa e com caráter exploratório e transversal.

De acordo com Minayo (2014), uma abordagem qualitativa permite investigar grupos específicos e priorizar aspectos subjetivos. Um olhar dirigido para a ótica dos atores, com

ênfase no que é pensado e sentido. Propicia uma compreensão gradual de determinados processos sociais, a construção de novas abordagens, além da revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. A pesquisa qualitativa traz à tona um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes correspondentes ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos sociais.

O estudo de campo atende às propostas desta pesquisa, na medida em que focaliza uma determinada comunidade, porém, ao contrário do levantamento de dados, não se reduz à distribuição das características da população segundo determinadas variáveis. Traz como aspecto prioritário o aprofundamento das questões propostas na pesquisa, além de permitir atrelar estratégias de observação e contato direto entre o pesquisador e os participantes, através da aplicação de entrevistas (Gil, 2002).

Ainda nesta perspectiva, um estudo de campo exploratório possibilita valorizar os saberes empíricos, desenvolver hipóteses, clarear e ampliar conteúdos, além de aumentar a familiaridade e proximidade do pesquisador com um determinado ambiente, fato ou fenômeno e abrir possibilidades para a realização de novas pesquisas que aprofundem a temática trabalhada (Lakatos, 2003).

4.2 Levantamento bibliográfico:

Inicialmente foi realizada busca por referenciais teóricos que abordassem a questão do puerpério e as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde na ABS, para prover atendimento às necessidades das mulheres neste período. Esta etapa da pesquisa (revisão narrativa) teve como objetivo a aproximação da pesquisadora com os conteúdos produzidos com esta temática e permitiu o embasamento necessário para justificar a realização do trabalho, através do reforço da importância e relevância do problema de pesquisa. Além disso, a busca por referenciais teóricos permitiu identificar que a temática aqui trabalhada apresenta lacunas consideráveis que merecem ser aprofundadas, o que norteou o processo de escolha da metodologia empregada (pesquisa exploratória) e do cenário de pesquisa.

4.3 Cenário de pesquisa :

O cenário para realização do projeto foi a UBS Redenção, também cenário de trabalho desta pesquisadora. A UBS Redenção está situada no município de São Carlos, interior de São Paulo. São Carlos tem aproximadamente 254.822 habitantes , de acordo com o último censo do IBGE (2022). A ABS no município é gerida pelo Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA) e funciona em modelo híbrido, composto por 11 UBS, 24 USF e 1

NASF. O Decreto Nº 19, publicado no Diário Oficial do município em 3 de janeiro de 2023, previu a divisão destas unidades de saúde em 4 núcleos distintos (SÃO CARLOS, 2023).

A UBS escolhida integra o Núcleo 2 e conta atualmente com 14800 usuários cadastrados. A equipe, na época da coleta de dados, apresentava em sua composição 40 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares odontológicos, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista.

Além das UBS e USF acima citadas, o município conta com uma maternidade pública: “Maternidade Dona Francisca Cintra Silva”, localizada na Santa Casa de Misericórdia e uma maternidade particular. A estrutura da maternidade pública conta com setores para gestantes em tratamento clínico, pré-parto, alojamento conjunto, centro obstétrico, berçário e banco de leite humano.

Gestações de baixo risco, sem intercorrências, têm acompanhamento pré-natal realizado na ABS. Gestações de alto risco (identificadas pelo obstetra e equipe de enfermagem da ABS, de acordo com protocolo do município) são acompanhadas em ambulatórios especializados na maternidade e no Hospital Universitário.

Em 09 de maio de 2024, foi inaugurado no município o Ambulatório Materno Infantil Intermediário, que tem como proposta o atendimento de casos específicos, que não justificam encaminhamento para o Alto Risco, porém necessitam de um cuidado que não pode ser executado em sua integralidade na ABS. O encaminhamento para este ambulatório ocorrerá a partir da ABS, via Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) e seguindo um protocolo específico, que prioriza determinadas patologias e enfatiza a importância da articulação, matriciamento e partilha de condutas entre a ABS e o serviço especializado. O quadro a seguir ilustra os equipamentos acima citados e as patologias atendidas em cada nível de complexidade.

Tabela 2 - Estratificação do cuidado gestacional no município de São Carlos

Equipamentos	Nível de complexidade	Patologias
ABS (UBS e USF)	Gestações de baixo risco, sem intercorrências	Sem patologias
Ambulatório intermediário	Gestações que não justificam encaminhamento para o alto risco, mas necessitam de um cuidado especializado	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensão arterial crônica leve; ● Diabetes gestacional controlada com dieta; ● Infecção urinária de repetição; ● Obesidade grau 2; ● Anemia moderada.
Ambulatório de Cuidados Especiais em Gestação (ACEG) - Santa Casa	Gestações de risco para a mãe e/ou bebê	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensão arterial crônica moderada a grave ou com alterações de órgão alvo ● Hipertensão gestacional / pré-eclâmpsia ● Pielonefrite ● Abortamento de repetição ● Incompetência istmo cervical ● Colo uterino curto ● Trombofilias – SAAF ● História de tromboembolismo

Equipamentos

Nível de complexidade

Patologias

venoso (TEV) prévio
ou na gestação

- Cardiopatias
- Diabetes gestacional
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Obesidade grau III
- Paciente pós bariátrica
- Anemia Materna grave
- Plaquetopenia
- Epilepsia
- Sífilis
- Hepatite B
- Hepatite C
- HIV
- Ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) abaixo de 36 semanas
- Risco de prematuridade
- Casos oncológicos
- Gemelar
- Fetos pequenos para idade gestacional
- Adolescentes menores de 14 anos
- Pacientes com idade

Equipamentos	Nível de complexidade	Patologias
		materna avançada, maiores de 40 anos
Ambulatório de Obstetrícia de Alto Risco (Hospital Universitário – UFSCar)		<ul style="list-style-type: none"> ● Toxoplasmose ● Restrição de crescimento fetal ● Gemelar ● Trigemelar ● Placenta prévia ● Polidrâmnio ● Oligoâmnio ● Isoimunização ● Suspeita de malformações fetais ● Diabetes em uso de insulina.

Fonte: Protocolos do município de São Carlos, 2024.

Na sequência será apresentada uma breve descrição do fluxo de atendimento à saúde materno-infantil no município, obtida a partir dos protocolos utilizados na rede.

A abertura do pré-natal deve ocorrer na UBS ou USF de referência, pelos profissionais da enfermagem e/ou medicina. Já nas primeiras consultas deve ser realizada uma avaliação de risco gestacional (permanente e longitudinal), que tem como objetivo ofertar o cuidado mais adequado a cada gestante e determinar sua permanência para seguimento do pré-natal na ABS ou possíveis encaminhamentos.

Caso a gestação seja identificada como de risco habitual, as consultas de pré-natal na UBS incluem, ao longo de todo o processo, o acompanhamento do peso corporal da gestante, aferição da pressão arterial, medição da altura de fundo uterino e dos batimentos cardíacos do feto. É realizada também a abertura do Cartão da gestante, da ficha de atendimento pré-natal, e do pré-natal no PEC e-SUS. Além disso, devem ser realizadas orientações quanto ao

planejamento familiar e riscos e benefícios do parto vaginal e cesárea. Preconiza-se a oferta de atendimento composto por no mínimo de 6 consultas, distribuídas da seguinte forma:

- Consultas mensais : até 28ª semana
- Consultas quinzenais - 28ª até a 36ª semana
- Consultas semanais - 36ª até a 41ª semana

De acordo com o protocolo, as gestantes de risco habitual devem ser encaminhadas para a maternidade com 40 semanas para avaliação de vitalidade fetal e a indução de trabalho de parto pode ser realizada com 41 semanas.

O protocolo para atendimento às gestações de risco intermediário foi elaborado no município com objetivo de atender à prerrogativa do Ministério da Saúde, que considera níveis intermediários de risco obstétrico. Desta forma, houve a criação de um ambulatório especializado, que conta com profissionais da obstetrícia e apoio multidisciplinar e que tem como objetivo central propor ações pautadas no matriciamento e cuidado compartilhado entre o serviço especializado e a ABS, reforçando a perspectiva de que o cuidado deve ser realizado no território onde a gestante vive. O encaminhamento das gestantes deve ser realizado pelos profissionais da ABS via PEC e-SUS e guia de referência e contra-referência devidamente preenchida com os dados e exames da rotina pré-natal. Cabe ressaltar que na época em que os dados foram coletados para este trabalho, o Ambulatório de Risco Intermediário ainda não havia sido inaugurado no município.

Por fim, os casos avaliados como gestação de alto risco têm seu lugar de atendimento dividido em 2 espaços, o Ambulatório de Cuidados Especiais em Gestação (ACEG) situado na Santa Casa do município e o Ambulatório de Obstetrícia de Alto Risco (Hospital Universitário – UFSCar). Os encaminhamentos também são realizados via PEC e-SUS e guia de referência.

4.4 Convite, Caracterização das participantes e critérios de inclusão:

Foram convidadas 27 usuárias para a pesquisa, entre estas, 10 aceitaram participar. Os critérios de inclusão utilizados foram: estar no puerpério (imediate, tardio ou remoto - com limite temporal estabelecido para até 60 dias pós-parto), ser maior de 18 anos, e ter iniciado o pré-natal na UBS Redenção.

As participantes foram convidadas, a partir da 37ª semana, inicialmente em sala de espera do médico obstetra, espaço onde ocorria, semanalmente, o grupo de gestantes da unidade, conduzido pela trabalhadora que também é a pesquisadora. Com a baixa aceitação das mesmas, optou-se por estender a abordagem para o espaço de sala de espera da pediatria e

para os momentos de busca ativa, realizada através de contato telefônico pela equipe de enfermagem para finalização do pré-natal. Em todos os casos, tanto nas abordagens feitas diretamente pela pesquisadora, quanto na abordagem pela equipe de enfermagem, inicialmente foi feita uma breve apresentação do projeto, dos objetivos da entrevista e captado o contato telefônico das que se dispuseram a participar da pesquisa para posterior agendamento de visita domiciliar para coleta dos dados. A justificativa para realização da coleta de dados no domicílio foi facilitar o acesso às informações, já que um dos aspectos observados ao longo da realização do trabalho foi a baixa taxa de retorno das puérperas ao serviço de saúde; além de prezar pela promoção de um ambiente confortável, acolhedor e sigiloso.

4.5 Realização da entrevista/ Construção de dados:

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, entre os meses de agosto e dezembro de 2023. O instrumento utilizado continha questões disparadoras para permitir o diálogo e reflexão acerca das necessidades das mulheres no puerpério e as estratégias de atendimento ofertadas pela UBS neste período. O objetivo primordial da entrevista foi dar voz e escuta às mulheres. As entrevistas foram gravadas por equipamento de áudio e transcritas, na íntegra, pela pesquisadora para posterior análise. No momento das entrevistas, as participantes foram apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que continha a forma de participação dessas mulheres na pesquisa, além dos possíveis riscos e benefícios do estudo e que pode ser verificado no APÊNDICE A. O TCLE foi assinado em 2 vias e uma cópia contendo o contato da pesquisadora ficou com as participantes, com objetivo de esclarecer eventuais dúvidas ou providenciar acompanhamento em saúde para questões disparadas durante a realização da entrevista.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora, tendo em vista a literatura estudada e os objetivos da referida pesquisa, que pode ser consultado no APÊNDICE B, em seu roteiro preliminar e no APÊNDICE C, em sua versão definitiva. O roteiro foi testado e adequado através de entrevista-piloto com uma participante que atingia os critérios de pesquisa, porém era atendida em outra UBS.

4.6 Aspectos éticos:

O projeto de pesquisa foi enviado, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSCar, parecer número 6.042.697, que pode ser consultado no ANEXO

1. Somente após a aprovação, o convite e a produção de dados foram iniciados. As participantes foram convidadas a participar da pesquisa, conforme descrito anteriormente e apresentadas ao TCLE no momento da entrevista. A participação foi totalmente voluntária e consistiu em responder à entrevista elaborada pela pesquisadora, a qual foi gravada em equipamento de áudio.

Após a realização de todas as entrevistas foi feita a transcrição manual dos relatos com a finalidade de permitir a análise de conteúdo para estudo. Cabe ressaltar que as informações obtidas através da coleta de dados são confidenciais e a pesquisadora prezou por garantir o sigilo sobre a participação e o conteúdo verbalizado em todas as etapas do estudo.

Inicialmente os dados coletados foram armazenados em drive de conta institucional (protegida por senha) pelo menor tempo possível e compartilhados apenas entre a pesquisadora e a orientadora da pesquisa. Após o término da coleta foi realizado download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local (mídia física) e apagado todo e qualquer registro existente em plataforma virtual, ambiente compartilhado e nuvem para minimizar a chance de serem invadidos. Apesar destes cuidados, existe um risco que não pode ser desconsiderado, que refere-se ao vazamento de informações e quebra de sigilo involuntária.

Os resultados da pesquisa serão publicados, mas sem colocar os nomes das pessoas que participaram. As participantes serão identificadas através de codinomes específicos (deusas gregas), com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Ao final da pesquisa, as participantes terão acesso aos resultados oriundos do estudo, por meio de encontro a ser agendado para este fim, entre equipe de pesquisa e participantes que se interessarem.

4.7 Análise dos dados:

A análise dos dados foi realizada à luz do referencial teórico da “Integralidade do cuidado”, proposto por Ayres (2009). Pretende-se trazer uma interface entre a perspectiva de cuidado integral, as atribuições da ABS e o cuidado realmente ofertado (sinalizado nas falas das participantes).

Ao longo de sua obra o autor acima citado traz reflexões significativas sobre o ato de cuidar. Os conceitos de intersubjetividade, de projeto de felicidade, de integralidade e humanização, vistos por uma perspectiva prática, questionadora e aplicável. Promove reflexões acerca de jargões usuais que utilizamos em nossa prática cotidiana e traz também apontamentos sobre os desafios que permeiam o ato de cuidar na ABS.

Considera-se que o referencial adotado atende às necessidades da pesquisadora de dos objetivos da pesquisa, na medida em que a proposta deste estudo é valorizar aspectos subjetivos e dar voz a estas mulheres. O caminho para a construção da integralidade do cuidado pode ser construído pacientemente pelas interações dinâmicas e transformadoras entre usuários, profissionais e serviço e traz em seu cerne a ressignificação do cuidado ofertado, gerada pela reflexão e questionamento da prática cotidiana, que muitas vezes ocorre de modo tecnicista e alienado.

Para a análise das entrevistas realizadas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (AC) de Bardin (2011), com objetivo de evidenciar os temas mais presentes nas narrativas e buscar correspondências entre estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados. A técnica de AC é composta por 3 etapas:

- Pré-análise: fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, como leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação;
- Exploração do material: os dados são codificados a partir das unidades de registro;
- Tratamento dos resultados e interpretação: na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenças, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

A análise de conteúdo não trabalha apenas com o conteúdo do texto, mas com os sentidos implícitos, com aspectos que podem ser inferidos. Há nesta técnica uma intersecção entre o posicionamento do sujeito, aspectos inconscientes e contexto sócio-histórico que se materializa através da linguagem. Há uma compreensão de que o sujeito não é dono de seu discurso, já que o mesmo pertence a uma linguagem coletiva, construída socialmente.

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentaremos inicialmente a caracterização das participantes, partindo da visualização dos dados coletados em questionário inicial, que precedeu a aplicação das entrevistas.

Tabela 3 - Caracterização das participantes: dados sociodemográficos

Participante	Idade	Cor/ raça autodeclarada	Estado civil	Trabalha	Mora com
Atena	39	branca	casada	do lar	marido, filha e o bebê
Afrodite	28	branca	casada	do lar	marido, mãe, pai, avós, 2 filhos e o bebê
Nêmesis	29	parda	casada	do lar	marido e o bebê
Hera	25	preta	solteira	sim	companheiro e enteada adolescente e o bebê
Deméter	36	branca	casada	sim	marido, 2 filhos adolescentes e o bebê
Perséfone	36	branca	casada	sim	marido, filho e bebê
Ártemis	36	branca	casada	sim	marido, 2 filhas e o bebê
Gaia	33	branca	casada	sim	marido, filha e o bebê
Héstia	28	negra	casada	sim	marido, 2 filhas e o bebê
Hígia	20	parda	namora	sim	mãe, 4 irmãs, 1 irmão e o bebê

Tabela 4 - Caracterização das participantes: dados obstétricos e rede de apoio

Participante	Gestações/ perdas	Nº Filhos	Tipos de partos, intercorrências	Rede de apoio
Atena	3 gestações 1 perda	2	2 cesáreas	marido
Afrodite	3 gestações	3	3 cesáreas	marido, mãe, avós e tias
Nêmesis	2 gestações	2	2 partos naturais sem intervenção	marido
Hera	1 gestação	1	1 cesárea	companheiro
Deméter	3 gestações	3	3 partos naturais sem intervenção	marido
Perséfone	2 gestações	2	2 cesáreas	marido e família do marido
Ártemis	3 gestações	3	3 partos naturais, 2 com intervenção	marido e mãe
Gaia	3 gestações	2	2 partos naturais, 1 com intervenção	mãe, marido e sogra
Héstia	3 gestações	3	2 partos naturais com intervenção e 1 cesárea	marido, sogra e vizinha
Hígia	1 gestação	1	1 cesárea	família

As tabelas acima demonstram que há participantes com idades variadas (entre 20 e 39 anos). Entre elas, 6 se declaram como mulheres brancas, 2 como pardas e 2 como negras. Todas tem um parceiro, que também é o pai do bebê e é nomeado de formas distintas (marido, companheiro, namorado).

Apenas 2 participantes são primigestas. Considerando a última gestação, há uma prevalência de 6 cesáreas para 4 partos naturais; e entre eles houve intervenção em 2.

Dentre as participantes, 7 trabalhavam fora antes do parto, 3 referem ser “do lar”. Todas, exceto Hígia, moram com o parceiro. Quando questionadas acerca da rede de suporte há respostas que apontam os companheiros, mães, sogras, vizinha, avós, família. Todas citaram os companheiros como referência de partilha do cuidado, exceto Hígia, já que o companheiro encontra-se em privação de liberdade.

Cabe ressaltar que, com objetivo de proporcionar uma leitura mais fluida e envolvente, os resultados e a discussão serão apresentados de forma integrada. Embora o texto atenda aos requisitos científicos e formais exigidos pela ocasião, essa abordagem incorpora elementos concretos, como os depoimentos das participantes. Isso não só enriquece a análise, mas

também promove reflexões e torna as informações mais acessíveis, inclusive para leitores sem familiaridade com o tema.

Desta forma, seguindo os passos elencados por Bardin (2011), inicialmente foi realizada a leitura aprofundada do material transcrito, o que possibilitou o levantamento de temas que, por semelhança e ocorrência, foram agrupados em 3 categorias maiores:

- Categoria 1: Itinerário/ percurso de cuidado da mulher no período gestacional e puerperal
- Categoria 2 -Vínculo com profissionais da UBS/de saúde durante a gestação e pós-parto
- Categoria 3 -O caminho da idealização até a construção do meu jeito de maternar - cultura da parentalidade.

A realização e escrita deste trabalho prezou por um cuidado contínuo em todas as etapas de realização. Apoiamo-nos ao longo de todo processo em uma perspectiva que transcende aspectos biológicos, que vai além de olhar para aspectos meramente reprodutivos e não poderia ser diferente na análise dos dados. Consideramos que o conteúdo das entrevistas aponta para uma integralidade do cuidado que é ferida no puerpério.

A integralidade do cuidado é um princípio essencial do SUS no Brasil. Esse conceito estabelece que o cuidado em saúde deve ser abrangente, considerando o indivíduo em sua comunidade e totalidade, o que inclui aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. O foco vai além do tratamento de doenças, promovendo ações voltadas à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, sempre priorizando a qualidade de vida.

No contexto do SUS, a integralidade também envolve a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade), garantindo que os usuários tenham acesso contínuo e coordenado aos serviços necessários. Dentro dessa perspectiva, há também um reforço à participação ativa dos usuários no cuidado à saúde e no trabalho integrado de equipes multiprofissionais com objetivo de buscar a premissa de um atendimento que contemple de forma ampla às necessidades de saúde de cada população específica.

Segundo Ayres (2009), a integralidade do cuidado envolve considerar o ser humano em sua totalidade, abrangendo suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, não se limitando apenas à doença ou problema de saúde específico que o afeta. Isso requer um cuidado que integre diversos níveis de atenção e serviços, incentivando a participação ativa dos usuários e coordenando as ações de saúde.

De acordo com Pinho et al (2007), em artigo de revisão sistemática, a integralidade do cuidado constitui uma dimensão teórico-prática do conhecimento em saúde coletiva, que

abrange desde a perspectiva macroestrutural (políticas públicas) até a esfera mais subjetiva do indivíduo atendido nos serviços de saúde. O conceito de integralidade revela um movimento contínuo entre o campo prático da assistência e o campo do conhecimento científico, estabelecendo uma dialética que permite concebê-lo de diferentes formas: como conhecimento, como prática e como política.

Ayres (2004) afirma que o fato dos usuários retornarem aos serviços de saúde sinaliza que eles estão de fato interessados na assistência prestada, porém os encontros entre profissionais e usuários muitas vezes não são efetivos porque tanto um, quanto outro não fazem bom uso do espaço. Os conceitos de humanização, acolhimento e vinculação aparecem como primordiais dentro desse contexto, na medida em que o autor aponta que uma das mais efetivas estratégias para efetivar o cuidado integral apóia-se na dialógica do encontro, na simplicidade de ouvir-se como profissional e ouvir ao outro com interesse legítimo, sem colocar-se em um papel de porta-voz, de detentor do conhecimento científico.

Conforme afirma Pinheiro (2001) a construção da relação entre a oferta de serviços de saúde é uma tarefa complexa, resultante de embates e contradições no cotidiano de usuários, profissionais de saúde e gestores. As interações nesse contexto muitas vezes se manifestam não apenas por palavras, mas também por intenções e gestos. Essas dinâmicas levantam questões sobre os limites e as possibilidades de garantir o princípio da integralidade. Existe uma relação recíproca entre oferta e demanda, que revela tanto a situação vivida pelos atores quanto os problemas estruturais das instituições de saúde. Nesse sentido é importante reconhecer não apenas os limites dessas instituições, mas também as oportunidades de desenvolver novas práticas de saúde, integrando os diferentes conhecimentos dos atores envolvidos.

De acordo com Lopes et al (2016), a saúde integral das mulheres representa um desafio significativo, dada sua complexidade, especialmente no que diz respeito à articulação entre os diferentes pontos de atenção que compõem a rede de saúde e à qualificação das práticas profissionais e dos serviços oferecidos. A Rede Cegonha, lançada pelo Ministério da Saúde em 2011, aborda esse desafio ao buscar promover um modelo de atenção que se baseie nos princípios da humanização e em práticas profissionais fundamentadas em evidências científicas, levando em conta as demandas e necessidades de saúde das mulheres.

Amparando-nos no referencial da integralidade do cuidado, apresentamos a seguir os resultados e análise dos dados coletados através da realização deste trabalho .

5.1 Categoria 1: Itinerário/ percurso de cuidado da mulher no período gestacional e puerperal

“A sabedoria não está em posse de ninguém em particular, por mais competência que detenha. Ela está guardada em encontros sábios, em encontros que propiciam o diálogo mais autêntico entre dois sujeitos e, portanto, as escolhas mais adequadas sobre o que saber e o que fazer em cada situação de cuidado.” (Ayres, 2009).

Para Pinheiro (2001) no movimento de criar um sistema de referência e contra-referência eficaz, faz-se necessário ir além do simples estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e informações gerenciais e tecnocientíficas. É fundamental reconhecer que, nesse sistema, devem ser disseminados conhecimentos essenciais para aprimorar a qualidade do atendimento prestado pelo sistema de saúde local. Trabalhar a perspectiva da humanização do atendimento e melhoria dos serviços requer refletir sobre os níveis de complexidade e de atenção (primário, secundário e terciário); uma visão que pode ser ressignificada através da percepção de que, na ABS, podem ser requeridas habilidades e práticas de alta complexidade, integrando conhecimentos de diversas áreas. Vamos considerar neste trabalho uma ABS que de básica não tem nada!

Quando se fala do protagonismo dos sujeitos em busca de suas necessidades de saúde, é possível observar que, apesar dos fluxos e protocolos estabelecidos dentro das linhas de cuidado (seja a nível municipal, estadual ou federal), os usuários percorrem caminhos diferentes dentro da rede. Dá-se o nome de itinerário terapêutico a esses percursos.

“É um conjunto de coisas, se o atendimento da UBS fosse um pouco melhor eu acredito que eu nem precisaria ter tido convênio (...) O convênio foi uma coisa que eu tive que aderir por insegurança, por não saber como seriam as coisas.” (Hera)

“Não, foi no consultório do médico, porque acabei pagando a cesárea no particular. Como eu fiz a cesária com ele, aí deu 11 dias eu fui no consultório e ele tirou os pontos.” (Atena)

Alves e Souza (1999) referem-se ao estudo dos itinerários terapêuticos como um processo complexo, norteado pelos próprios sujeitos, que irão escolher, avaliar e aderir ou não a determinadas formas de tratamento e que tem como objetivo prioritário pôr fim ao sofrimento. Diferentes formas de se tratar que dependem de um contexto sociocultural e do conhecimento empírico, onde cabem não apenas os serviços de saúde e profissionais descritos nos fluxos, mas também as crenças, valores, espiritualidade, o pensamento intuitivo. É importante ressaltar que nem sempre o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários

mostra-se como o caminho mais rápido e efetivo, e que olhar para esses caminhos pode auxiliar a identificar potencialidades e fragilidades dentro da rede, além de orientar os serviços no sentido de ofertar propostas condizentes com as necessidades de saúde de cada população.

Os dados coletados mostram que, assim como outras populações, em busca de amenizar o sofrimento e encontrar respostas para suas dúvidas, tanto as gestantes quanto as puérperas, percorrem itinerários que muitas vezes não são condizentes com os fluxos pré-estabelecidos na rede e chegam, inclusive a buscar respaldo na rede particular (mesmo com poucos recursos financeiros). Isso ocorre especialmente quando elas avaliam que as ações ofertadas pelo SUS não contemplam suas necessidades de saúde, fato que é evidenciado nas falas das participantes. Como propulsores desse processo de construção de um itinerário pautado nos saberes empíricos, e que muitas vezes não se mostra efetivo, estão a identificação de que não há um domínio dos profissionais acerca de ações e técnicas que podem ser ofertadas in loco, a insegurança proveniente de uma não vinculação com “quem me atende” e as falhas na comunicação entre os equipamentos, que acabam por gerar encaminhamentos desnecessários. O fato das ações de cuidado à saúde das puérperas não estarem descritas em protocolos específicos também pode ser considerado um agravante dessa situação.

As falas a seguir ilustram esta perspectiva:

“Eu ia ter ela na semana que vem, então, na última consulta eles falaram assim: Assim que você tiver, você volta no alto risco, para a gente fazer o seu pós. Só que na maternidade, quando eu fui pegar alta, eles falaram que era para eu procurar a UBS. E aí eu questioneei a enfermeira chefe na maternidade, disse: Eu fiz no alto risco, não era para voltar para lá? E ela disse: Não, primeiro você vai na UBS. Aí eu cheguei na UBS, expliquei para o B. e falei para ele: Olha, mandaram eu vir para cá. Na hora ele ligou lá no alto risco, super pronto, e aí eles disseram que realmente eu tinha que voltar para lá por conta do acompanhamento do diabetes. Aí ele mesmo marcou para mim, ele mesmo resolveu tudo e eu fui para lá.”
(Perséfone)

“Sim eu fui na consulta com a pediatra e mostrei o meu seio para doutora e ela falou pra eu ir lá na maternidade, que no Banco de Leite eles ensinavam a amamentar.” (Atena)

“Sim, eu tenho a mama acessória que fala, então tava muito dolorido. Então eu procurei ajuda no Banco de Leite.” (Hera)

Nesse sentido, Silva et al (2016) apontam para a importância de incorporar a construção dos projetos terapêuticos aos processos de trabalho em saúde, com a finalidade de valorizar as particularidades dos sujeitos, inclusive no modo como lidam com o binômio saúde-doença, ampliando a percepção desse fenômeno e sensibilizando-se com as particularidades, não restringindo-se a meras prescrições e protocolos, que muitas vezes não fazem sentido para o usuário.

Trata-se de considerar a importância dos fluxos e protocolos, porém com o cuidado de não transformá-los em empecilhos para a comunicação intersetorial e de não restringir-se a condutas pautadas na referência e contrarreferência.

Seguindo a linha de raciocínio proposta neste trabalho e a ênfase na hipótese de que há uma invisibilidade do puerpério quando se trata de ações em saúde, podemos sinalizar primeiramente que, assim como observado nos documentos do Ministério da Saúde, o olhar secundário dirigido ao puerpério reflete-se na esfera municipal, visto que não há um protocolo específico para atendimento a esse período em nenhum nível de especialidade. Tanto o protocolo de risco habitual quanto o de alto risco sequer mencionam as ações dirigidas para as puérperas.

A comunicação entre os serviços ocorre via sistema informacional para regulação de vagas (CROSS) e documentos de referência e contrarreferência. Inclusive, quando a gestante é encaminhada ao alto-risco ela perde temporariamente o vínculo com a ABS, aspecto que pode contribuir para dificultar a adesão ao acompanhamento no puerpério e puericultura. Há uma fragilidade na comunicação e partilha de condutas entre os serviços, que resulta em uma prática fragmentada (ou você frequenta um serviço ou outro) e centrada nas patologias. Esse aspecto fica evidente na leitura dos 3 protocolos municipais, apresentados anteriormente, para o período gestacional.

A divisão dos serviços ofertados às gestantes e a avaliação da necessidade de um acompanhamento especializado está centrada na presença ou ausência de determinadas patologias. Uma lógica que não valoriza a comunicação intersetorial, a corresponsabilização e o exercício de uma prática colaborativa e que tem como ponto central os encaminhamentos.

“Na UBS só quando eu descobri da gravidez, aí descobriram do diabetes e da pressão alta e já encaminharam pro Alto Risco.” (Atena)

“Sim, o Alto Risco já me deu alta, agora é tudo pelo postinho, faço o controle por lá, tudo

com os médicos de lá.” (Ártemis)

Pode-se afirmar que no município as ações dirigidas para o cuidado das puérperas não estão formalizadas em protocolo específico e estão atreladas aos protocolos para o cuidado gestacional e puericultura, porém não são sequer citadas dentro destes protocolos. As orientações na ABS seguem, de modo genérico, as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, em uma perspectiva de orientar que as puérperas retornem à unidade de referência em no máximo 45 dias pós-parto, porém esta informação não foi citada em nenhum documento.

Apenas o protocolo do ambulatório de risco intermediário (que ainda não havia sido inaugurado na época da coleta dos dados) menciona brevemente que as gestantes e seus filhos serão acompanhadas no serviço até 1 ano após o parto e ressalta a importância do ambulatório para qualificar ações na gestação, parto e puerpério, preconizando condutas compartilhadas entre o ambulatório e a ABS e a manutenção do vínculo destas mulheres a seus territórios de origem, mas não estabelece um limite temporal nem as estratégias a serem utilizadas para acessar essas mulheres ou para que elas retornem ao serviço.

A comunicação entre a maternidade e a Atenção Básica à Saúde (ABS) no que se refere à continuidade do cuidado no território, especialmente no acompanhamento puerperal e na puericultura, ocorre predominantemente por meio eletrônico. Mensalmente, uma lista com as altas hospitalares é enviada por e-mail às unidades. No entanto, os relatos das entrevistadas revelam a ausência de orientações padronizadas e coesas durante o período de internação e, sobretudo, no momento da alta hospitalar. Tal lacuna se evidencia, principalmente, quanto à definição de prazos para o retorno à UBS e à identificação de demandas que poderiam ser resolvidas na ABS. Esse fator pode contribuir para explicar a baixa adesão ao seguimento puerperal na atenção primária.

Além disso, algumas falas indicam que a importância do acompanhamento pós-parto não foi suficientemente trabalhada nem reforçada ao longo do pré-natal, seja este realizado na UBS ou em serviços de alto risco. As participantes também relataram a inexistência de orientações claras e o recebimento de informações contraditórias quanto ao retorno à UBS no período puerperal, tanto no que se refere aos prazos quanto aos objetivos da consulta.

“Sim, eu voltei depois de 20 dias pós-parto, para consulta com o ginecologista e fui também para consulta com a pediatra. A orientação, como eu já não amamentava no peito, é que a consulta seria só aquilo, para orientação mesmo e passar o anticoncepcional.” (Afrodite)

“Sim, eles pediram (a maternidade) pra procurar o postinho em no máximo 10 dias. Eu não fui. Eu fui essa semana aí que passou porque o enfermeiro de lá me mandou mensagem.” (Nêmesis)

“Sim, o B. me mandou mensagem ontem (...) Foi para encerrar (o pré-natal) porque ele me perguntou se eu já tinha pediatria e se eu já tinha feito o retorno.” (Hera)

“É, na verdade, quando ele me ligou (o enfermeiro da unidade), ele disse que tinha visto lá no meu histórico que eu tinha uma consulta em 5 de Julho e que eu não fui. Porque já tinha nascido. E consta também no meu histórico que ele já nasceu, aí ele perguntou: “ Já nasceu mesmo?”. E eu disse: Já, ele tá com quase dois meses.” (Deméter)

“Não, o meu foi agendado, tudo certinho. Eles me orientaram e eu fui lá e agendei. Na maternidade mesmo, orientaram. Foi bem rapidinho, eu já consegui passar e achei muito importante ir, porque pelo menos se a gente teve algum problema, aí depois do parto a gente relata ali, e o pessoal da saúde já (...) Foi bem no comecinho, creio que uns 6 dias depois do parto (Ártemis)”

“Sim, mandaram voltar em 10 dias, para tirar os pontos, né?” (Héstia)

“Eu fui lá para marcar. Porque falaram que eu tinha que passar de volta no ginecologista (...) só que aí marcaram e eu tava de 15 dias. Aí eu cheguei lá, simplesmente entrei na sala e ele perguntou quanto tempo que eu tava, com 15 dias. Ele mandou eu ir embora, ele nem quis me ver. E eu precisava saber dos pontos, falei nossa como que eu faço para saber dos pontos? E ele falou assim: “Olha, você toma banho com chá de camomila que vai acalmando e o ponto sai sozinho.” Depois, com 35 dias eu fui na maternidade porque o ponto não caia, cheguei lá e ela falou que não caia sozinho, tinha que tirar.” (Hígia)

A ênfase no acompanhamento gestacional e na puericultura reforça essa invisibilidade, ressaltando a ideia de que a saúde da mulher no puerpério só é passível de maior atenção quando existe uma patologia, um adoecimento instalado ou quando as questões de saúde podem interferir negativamente no desenvolvimento de seu filho.

Para finalizar a discussão acerca desta categoria, buscando atender aos objetivos específicos deste trabalho, apresentamos um comparativo entre o documento elaborado pela

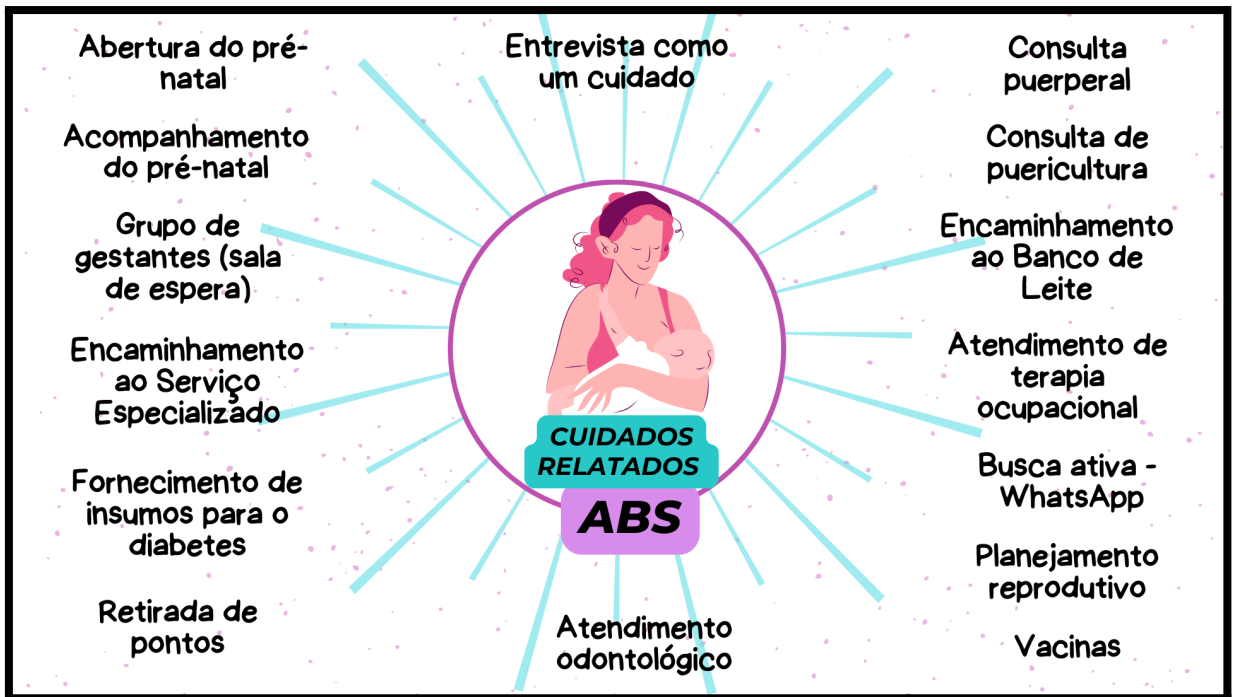
Organização Mundial de Saúde (OMS), com recomendações para uma experiência pós-natal positiva e na sequência a representação gráfica do mapeamento das ações de cuidado ofertadas pela ABS e sinalizadas nas falas das participantes.

Figura 2: Representação esquemática do modelo de atenção pós-natal da OMS



Fonte: Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva. Disponível em : [Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva](#)

Figura 3: Ações de cuidado na ABS, sinalizadas pelas participantes



Fonte: autoria própria (2024)

Abaixo há uma descrição mais detalhada de quantas participantes sinalizaram determinada ação de cuidado:

Tabela 5: Ações de cuidado na ABS, citadas pelas participantes

Ação de cuidado	Quantas participantes mencionaram
Abertura do pré-natal	10
Acompanhamento pré-natal completo	7
Grupo de gestantes (sala de espera)	8
Encaminhamento serviço especializado	2
Fornecimento insumos para diabetes	2
Atendimento odontológico	5
Consulta puerperal	5
Consulta de puericultura	6
Atendimento de terapia ocupacional	3
Busca ativa enfermagem (whatsapp)	5
Vacinas	1
Entrevista como um cuidado	3
Planejamento reprodutivo	3
Encaminhamento ao Banco de Leite	3
Retirada de pontos	3

Fonte: Autoria própria (2024)

Para finalizar esta categoria é importante fomentar a discussão acerca da responsabilidade das puérperas no processo de elaboração de políticas públicas e protocolos de atendimento. A participação social é um conceito fundamental para que o cuidado integral seja atingido e, conforme explicitado por Costa e Vieira (2013), tende a concretizar-se por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, já que busca introduzir uma nova dinâmica de democratização dentro do Estado, tornando a esfera pública mais receptiva à presença e à ação da sociedade. Ao impactar as políticas e as decisões de gestão, a sociedade e o Estado

estabelecem uma corresponsabilidade, visando garantir que, em teoria, o interesse público prevaleça. Para dar significado à esfera coletiva de decisão, é fundamental manter a igualdade e a liberdade de opinião entre os participantes, além de fundamentar as discussões na construção de consensos que beneficiem a coletividade.

Ayres (2004) destaca que o conceito de responsabilização está intrinsecamente ligado ao cuidado integral, pois tanto os profissionais de saúde, as equipes e os gestores têm a responsabilidade pela saúde dos indivíduos, quanto os próprios indivíduos devem ser ativos no levantamento de suas necessidades de saúde, no estabelecimento dos objetivos pretendidos e na proposição das estratégias a serem utilizadas, além de se responsabilizar pela sua efetivação.

Categoria 2: Vínculo com profissionais da UBS/ de saúde durante a gestação e pós-parto

“A atitude cuidadora precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber?” (Ayres, 2009)

A ideia de cuidado, proposta por Ayres (2009) sinaliza que a busca por ofertar uma atenção integral à saúde parte do pressuposto de que os problemas e tensões existem, e que, para produzir cuidado, é necessário escutar, ver e tocar mais. Um movimento dinâmico de fazer além e, diferente do que estamos acostumados, diferente do que reproduzimos mecanicamente, dia após dia, em nossa prática.

A proximidade da gestante com sua unidade de referência, associada à oferta de ações significativas no território em que reside, o não encaminhamento para serviços especializados (pré-natal mantido na UBS) e os atendimentos que têm como foco a saúde mental, são citados na categoria anterior, pelas participantes, como facilitadores para a formação do vínculo com os profissionais da ABS, aspecto que surge como primordial para a continuidade do acompanhamento em saúde no período puerperal.

Segundo Pinho et al. (2007), a Estratégia da Saúde da Família utiliza o acolhimento e o vínculo com as equipes como ferramentas essenciais para promover a integralidade das ações em saúde. O acolhimento permite a personalização do atendimento e a implementação, no dia a dia, de um cuidado que busca superar a abordagem tecnicista, integrando o que os

usuários têm a dizer e indo além da mera construção de vínculos e responsabilização. Nesse contexto, é fundamental que o profissional reavalie a forma como diagnostica as necessidades do outro, uma vez que isso pode contribuir para a fragmentação dos conhecimentos em saúde.

As falas a seguir demonstram que, apesar da pesquisa ter sido realizada em um contexto de UBS, é possível acolher, vincular e manter a tão esperada longitudinalidade do cuidado.

“Você... você foi a primeira pessoa que eu quis contar, tanto que eu te chamei e perguntei se eu podia mandar mensagem no grupo. . Você foi com quem eu mais me identifiquei desde o começo. Claro que teve a enfermeira, o médico, as meninas que faziam os trâmites, mas você foi uma pessoa que eu quis contar, que eu quis compartilhar. Porque eu te vi ali e a gente tinha as conversas. Como eu disse anteriormente, então eu quis contar para você porque você foi um vínculo que eu criei, muito importante.” (Gaia)

“Sim, inclusive eu lembro disso, porque eu fiz poucas consultas lá no posto e depois eu já fui para o alto risco. Mas nas primeiras, quando eu participei daquelas reuniões (em sala de espera), eu lembro perfeitamente de você falando: É importante vocês saberem que aqui no posto tem esse cuidado, é importante vocês procurarem. Eu não fui por conta própria pedir ajuda, porque a ida na pediatria foi uma válvula de escape, eu realmente achei que eu não estava fazendo certo com ela, que o problema estava nela. E aí a pediatria falou: “Acho que é você que está precisando de cuidado.” E me orientou direitinho.” (Perséfone)

A perspectiva atual de cuidado na ABS, preconizada pela PNAB (Brasil, 2017), é norteada pelo princípio da Universalidade, que prevê acesso ilimitado, longitudinal e resolutivo aos serviços de saúde definidos como a porta de entrada para a Rede de Atenção em Saúde. Preconiza-se que a ABS tem como atribuições centrais o acolhimento, vinculação e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde dos usuários. Desta forma, as ações tidas como efetivas, são as que priorizam a manutenção dos cuidados no território adscrito e que evitam encaminhamentos desnecessários, aspectos que contribuem para a presença, continuidade e longitudinalidade do cuidado e conseqüentemente para a vinculação com as equipes de saúde.

O fragmento da entrevista de uma das participantes ilustra a perspectiva apontada neste trabalho, de que o não retorno das puérperas à UBS, está associado à fragilidade do vínculo construído entre elas e os profissionais da UBS no período gestacional. Se não há uma

construção anterior, como exigir que estas mulheres retornem ao serviço e passem com profissionais em que não confiam?

“E: Você se vinculou com algum profissional lá do postinho de saúde durante o período gestacional? Você procurou esse profissional depois de ter o bebê?”

Atena: Não.

E: Não tinha ninguém que era a sua referência quando você tava gestante?”

Atena: Não.

E: E nem depois?”

Atena: Não.”

Seguindo essa linha de raciocínio, pode se afirmar que itinerários terapêuticos que apresentam em sua composição um leque de encaminhamentos e passagens por serviços diversos ao longo do período gestacional, possivelmente serão dificultadores do processo de vinculação das gestantes com profissionais específicos. Como se vincular a um profissional que vejo esporadicamente? Como se vincular a um profissional que não me escuta com atenção? Como retornar no pós-parto para uma unidade que não me acolheu ao longo do pré-natal?

Uma das participantes sinaliza aspectos que vivenciou no serviço especializado e que gostaria de ter vivenciado na UBS, porém em virtude de seu encaminhamento por conta de uma gestação de alto risco ela teve o vínculo fragilizado com a UBS.

“Eu gostei do Hospital Escola sobre isso porque ela tem uma enfermeira, a N. e ela faz... e eu gostava muito de estar conversando com outras mulheres grávidas. Eu contava as histórias e uma ia pegando a experiência da outra, era um momento de troca, né. Eu gostei muito e era uma coisa que devia ter no postinho, devia ter para as mulheres que estão grávidas.” (Atena)

Como profissional de saúde na ABS, faz-se indispensável olhar para o conceito de território como algo além do geográfico. Ampliar o olhar para o conceito de território vivo é fundamental para superar os limites estabelecidos pelo modelo de atenção convencionalmente proposto em saúde. Consequentemente, através desta ampliação é possível (re) construir vínculos com o território e com as pessoas que ali residem (Santos, 2010).

Campos (2008) sinaliza que no modelo brasileiro, o vínculo entre o usuário e sua

equipe de saúde já se inicia de modo fragilizado, na medida em que, se considerarmos a perspectiva de território meramente cartográfico, o usuário é tolhido da possibilidade de escolha em relação à sua equipe de referência. Desta forma, ofertar um certo nível de flexibilidade nessa escolha, pode gerar efeitos favoráveis e potencializar o processo de vinculação. Cabe à equipe de saúde da ABS conhecer os determinantes sociais de saúde presentes em seu território adscrito, assim como os critérios de risco e vulnerabilidade, o que vai permitir elaborar, de modo efetivo, projetos singulares de intervenção destinados a grupos, famílias e pessoas. A construção do vínculo entre equipe e usuários depende dessa organização, da horizontalidade presente no ato de cuidar e da longitudinalidade do cuidado ofertado.

Nesse sentido é possível refletir sobre o quanto os encaminhamentos para o serviço especializado rompem ou fragilizam os vínculos já existentes na UBS e contribuem negativamente para a formação de novos vínculos.

A fala da participante a seguir indica que ela não se vinculou no período gestacional e não retornou no puerperal:

“Não, eu não me vinculei a nenhum e também não procurei depois.” (Hera)

Outra participante afirma o quanto esse processo de vincular-se ao serviço especializado fragilizou sua relação com os profissionais da UBS:

“Aí fui encaminhada para o Alto Risco, por conta do diabetes gestacional. Aí eu parei de frequentar as consultas no posto porque eu tava indo direto no Alto Risco.” (Perséfone)

A possibilidade de manter esse vínculo apesar de um encaminhamento para o serviço especializado é sinalizada a seguir na fala de uma das participantes:

“Eu fui muito bem acolhida, sempre muito bem orientada, não tenho o que falar. Tanto na UBS quanto na maternidade. Sem palavras. O atendimento que eu tive foi excelente. Também tudo que eu preciso e que sempre precisei... eu fiz tratamento para o diabetes, então eu estava sempre lá, pegando a insulina, pegando todas as coisas, então é isso... eu fui muito bem atendida.” (Perséfone)

E por fim, a fala a seguir aponta para a não vinculação com um profissional específico da UBS, que ocasionou uma ruptura com o serviço como um todo já que a participante optou por realizar acompanhamento serviço particular

“Não... Até porque meu médico era o Y. Eu achava tudo bom, o atendimento dele, tudo... Só que esse que eu fiquei por último, o X. , você entrava na sala e às vezes nem um minuto dava. Eu contava até quem entrava lá e muita gente também reclamava. Ai a primeira consulta com ele eu já não...” (Nêmesis)

Dantas et al (2017) em estudo que aborda as representações sociais de enfermeiros da ABS sobre cuidado de enfermagem no pós-parto, afirma que a análise dos conteúdos mencionados pelos profissionais revela que o cuidado de enfermagem no puerpério está focado principalmente no cuidado ao recém-nascido. A consulta de puericultura tende a ser mais valorizada do que a consulta puerperal, o que pode ocasionar negligência em relação às necessidades das puérperas. Inclusive a preocupação com a questão do aleitamento eficaz reflete a prioridade dada ao desenvolvimento saudável do bebê.

Coincidentemente, um achado relevante neste trabalho é a questão do vínculo construído com a profissional de pediatria da UBS, que foi apontado por várias participantes. O fato da profissional trabalhar na maternidade pode ser citado como um favorecedor da formação do vínculo com as puérperas. A postura acolhedora e o ambiente protegido possibilitaram que algumas questões dessas mulheres fossem cuidadas na consulta de puericultura, um espaço que, teoricamente, está ali para atender às necessidades do bebê. Cabe ressaltar que, para algumas puérperas, esse foi o único espaço de cuidado identificado.

“Ela me dá um poder quando eu vou na consulta, porque ela mostra que o que eu tô fazendo tá dando tudo certo, tá tudo ok, só tá ganhando peso. Ai eu digo: Mas ela tá com cólica, precisa de remédio. E ela: “Não, ela não precisa de remédio, ela precisa de você.” Eu não sei o que ela faz, que com aquele jeitinho tão tranquilo, ela consegue realmente pôr na minha cabeça que tá tudo comigo, no bom sentido, que eu consigo resolver todos os problemas da M. E, realmente, a M. está super saudável. Então ela é uma profissional que fez toda a diferença e que, inclusive, conseguiu enxergar em mim e ver que eu estava precisando de ajuda, de um apoio extra para poder passar essa fase do puerpério, que é difícil para todo mundo.” (Perséfone)

“Eu quero falar com a P, mas ainda não deu (...) Foi na hora do parto mesmo, que eu tive uma crise de ansiedade, ela tava ali para me ajudar, estava para me acalmar. E foi ela que cuidou da bebê a todo momento. Foi muito importante ela tá ali, muito mesmo! (...) Foi ela que me reconheceu, ela tava ali de máscara e na hora da crise ela veio e disse: Calma, calma, ela é minha paciente, eu conheço ela.” (Héstia)

“Só a doutora, a pediatra, que tava de pediatra na maternidade e falou: Como eu tô lá você pode ir na consulta. Marcamos a consulta e passamos só com ela mesmo.” (Atena)”

“Que eu achava... e na verdade quem tava precisando de um suporte era eu, totalmente, porque eu sentei na cadeira para consultar a neném e eu já comecei a chorar, desabafar e assim... ela foi muito acolhedora. Ela cuidou primeiro de mim, depois que ela foi cuidar da M. e me falou: “Ela está bem, ela ganhou o peso, ela ganhou muito peso. Ela ganhou o peso a mais do que o esperado, dentro dos limites.” Ela tá perfeita, saudável, não tem nada do que eu imaginava. Achei que ela tava com dor de ouvido e ela não estava. Mas acabou que, eu fui acolhida, fui ouvida.” (Perséfone)

A PNAB (Brasil, 2012) define vínculo como um processo de construção de relações, permeado por afeto e confiança, que se estabelece entre os usuários e trabalhadores da saúde. Ainda de acordo com a política, estabelecer vínculo é fundamental para gerar corresponsabilização, continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Ter um profissional da ABS como referência no período gestacional foi relatado pelas participantes como um fator que impulsionou sua adesão a outras propostas de caráter preventivo e promotor da saúde, como por exemplo as rodas de conversa temáticas e o atendimento odontológico. Além disso, as falas das participantes nas entrevistas sugerem que frequentar a UBS, ter contato prévio e vinculação com os profissionais da ABS durante o período gestacional, facilita a busca pelos mesmos no período puerperal, em situações em que sentem que necessitam de apoio e acolhimento.

“Ah eu me vinculei muito na UBS com a C, que é a enfermeira. Ela tratou da questão lá da laqueadura, que eu sempre quis muito fazer. E mesmo a própria gestação, em si, ela me acolheu muito bem, me direcionou para os lugares em que eu precisava ir. No procedimento da laqueadura, ela estava sempre comigo, me ligava, me orientava, mandava mensagem para orientar o que eu tinha que fazer e o que não tem. Então é assim, uma profissional que

realmente marcou bastante. Até na consulta da sexta-feira, foi ela que... sabe aquele rostinho que você vê e pede: me socorre! Então eu me identifiquei muito com ela, não desmerecendo os outros. Tem o B. também, que me atendeu no período que ela estava de férias, então um pessoal... todos eles... Você, na parte do grupo, orientando a gente. Isso traz muita segurança.” (Perséfone)

“Sim, eu me senti especial e agora, voltando no pós com ela, eu vou me sentir muito mais confortável, segura, do que se eu passasse com alguém que eu nunca passei.” (Gaia)

“Sim, eu me vinculei bastante com a C. e com você e foi um vínculo bem... elas participaram bastante da minha gestação. Foi um vínculo bem legal e a gente continua tendo esse vínculo.” (Ártemis)

A busca ativa, via Whatsapp, realizada pela enfermagem e outros profissionais da equipe multiprofissional no pós-parto, apesar de não ser uma ação delimitada pelos protocolos vigentes, é destacada pelas participantes como uma estratégia efetiva de cuidado. Essa abordagem faz com que as puérperas se sintam valorizadas e no centro do cuidado, fortalecendo o vínculo com as unidades de referência.

“Então, eu falo que isso faz a diferença, você pensa assim: Só porque eu não fui numa consulta de pré-natal eles vieram atrás de mim... porque muitos lugares se você fosse, se você não fosse, tá tudo igual.” (Gaia)

“Eu gostei, eu achei interessante o fato dele ter ligado (o enfermeiro). Porque a gente fica nessa correria do dia a dia, com o bebê pequeno, e vai deixando. Vai nas consultas do bebê, mas a gente mesmo, vai deixando.” (Deméter)

Não foi identificado referencial bibliográfico específico acerca da questão da busca ativa, via Whatsapp, conforme citado neste trabalho. Há, porém, muitas produções apontando a importância da visita domiciliar, que também aparece em papel de destaque nas falas das participantes quando se trata de sugestões de cuidados a serem disponibilizados na ABS.

“Se eu pudesse escolher seria em casa, porque eu acho que nada melhor que o aconchego do seu lar, com seu filhote ali, que acabou de nascer, mamando. Então, acho super importante,

igual você está vindo me visitar hoje, que eu não esperava e é diferente de tudo que eu já vi, foi muito bom. A gente poder conversar, trocar ideia. Então eu acho que o atendimento pós-parto, por mais que a gente vá lá, a gente ainda tá vulnerável, um pouco. Então, passar lá por atendimento, não que seja ruim, mas seria melhor em casa ou a gente ir até lá e trocar uma ideia melhor, conversar, poder fazer outras perguntas, se tá bem, se não tá.” (Gaia)

Amorim (2020) destaca o papel central do profissional de enfermagem no processo de vinculação com as puérperas na ABS. A autora ressalta a importância de manter a longitudinalidade do cuidado ao longo do ciclo gestação-puerpério-puericultura, evidenciando o impacto positivo das visitas domiciliares, ao mesmo tempo em que aponta as dificuldades associadas a esse processo, como a sobrecarga dos profissionais de enfermagem e as limitações no acesso ao transporte. Além disso, seu estudo enfatiza a organização da gestão do cuidado, que favorece a comunicação intersetorial e integra as ações entre a maternidade e a ABS. Essa abordagem contribuiu significativamente para o retorno das mulheres e crianças aos serviços de saúde, garantindo a continuidade das ações essenciais durante o ciclo gravídico-puerperal e na puericultura.

Em sua tese de mestrado, Mendes (2003) conseguiu coletar dados tanto das puérperas quanto dos profissionais envolvidos com o atendimento a essa população em uma UBS. A autora aponta para o fato de que há um contrato velado entre as puérperas e os profissionais dos serviços de saúde. De um lado há os profissionais que negligenciam a potencialidade de uma escuta acolhedora e desprovida de julgamentos e priorizam atendimentos clínicos, pautados na observação de intercorrências e orientações técnicas. De outro há as puérperas, que escutam as orientações, porém usam o senso comum e conhecimentos populares para nortear o processo de maternar.

A solidão no puerpério aparece como um dado tão gritante, que muitas vezes os relatos apontam para a expectativa de que, na falta de outras referências, a rede de suporte seja composta pelos profissionais de saúde. Há, inclusive, uma compreensão de algumas puérperas em relação à entrevista realizada pela pesquisadora como um espaço de cuidado:

“Sim, mas resumindo, eu fiquei me sentindo. Ainda falei para o meu marido: Nossa, amanhã ela vem aqui em casa conversar comigo, tô muito chique, achei muito interessante.” (Perséfone)

“Eu acredito que só vou poder considerar o seu atendimento... Falando de pós-parto né? Não tenho nada de ruim para falar, pelo contrário ... Nesse momento estou sendo bem atendida e acompanhada. Através dessa conversa.” (Hera)

A atuação da Terapia Ocupacional, tanto nas ações de educação em saúde, no período gestacional, quanto como profissional de referência no pós-parto, surge nas falas das participantes como um indicativo de que essa categoria profissional tem boas perspectivas para atuação na área.

“Você, na parte do grupo, orientando a gente. Isso traz muita segurança. Já que meio que adianta uma angústia que você tem medo, você vai soltando.” (Perséfone)

“Ah, eu acho que todas deviam passar por uma psicóloga, uma terapeuta, todas. Eu acho bem necessário. A consulta após, com os enfermeiros, também foi muito importante, como eu já relatei. Mas eu acho que todas deveriam fazer terapia, porque mexe muito com a gente, é uma mudança muito grande no corpo e na mente. Você tenta ter uma rotina e não consegue porque o bebê é muito pequeno. Você tá em fase de adaptação com tudo, então acho que... uma terapia deveria ser para todas.” (Ártemis)

“Era uma conversa muito acolhedora... você conversava, você explicava, Você ouvia a gente e isso eu acho que faz toda a diferença. Você foi assim, essencial em muitas, muitas semanas da minha vida e eu chegava e falava: a terapeuta falou assim...Foi necessário esse acolhimento, essas trocas de informações, de como era as perguntas, de como você fazia: Como você dá o banho? Como você faz isso? Então era muito legal eu poder compartilhar minha experiência com outras mães e com a sua orientação, claro, com você iniciando a roda de conversa, então eu ficava muito feliz por isso.” (Gaia)

“Sim, eu tive atendimento normal do pré-natal, do dentista e o atendimento da psicóloga... terapeuta ocupacional?” ((Héstia)

Pode-se dizer que, na prática, há uma construção histórica da Terapia Ocupacional quando se trata de saúde da mulher. É frequente a inserção destes profissionais na ABS, atuando junto a essa população. Mas por que será que há tão poucas produções bibliográficas e pesquisas nessa área?

Se nos apoiarmos em uma perspectiva de prática colaborativa e ampliação das possibilidades de atuação das equipes multiprofissionais junto à população alvo deste estudo, podemos partir do fato de que a integralidade é um dos princípios do SUS e de que o trabalho em equipe é fundamental para a concretização desse cuidado nos serviços de saúde.

Dantas et al (2017) afirma que embora os enfermeiros reconheçam que o trabalho em equipe é um processo organizacionalmente complexo, ele é essencial para garantir o cuidado integral à mulher no puerpério. Dessa forma, os cuidados de enfermagem no pós-parto devem ser sempre voltados ao binômio mãe-bebê, incluindo a escuta ativa das dúvidas ou queixas da mãe, e o seguimento adequado das etapas da consulta, assegurando um cuidado completo.

Dessa forma é possível fazer uma reflexão sobre a potência da atuação dos terapeutas ocupacionais neste contexto.

De acordo com a OMS, a Terapia Ocupacional é uma ciência que analisa a atividade humana e a emprega como ferramenta terapêutica para prevenir e tratar limitações físicas e/ou psicossociais, promovendo o desenvolvimento e a autonomia do indivíduo em suas atividades diárias, profissionais e de lazer.

Francisco (1988) compreende o cotidiano como uma construção sócio-histórica, que reflete a concretude da vida em suas diversas manifestações. A autora diferencia cotidiano de rotina, associando-o à prática humana com potencial transformador. Nesse contexto, foram plantadas, ainda que de forma sutil para alguns, as bases para a compreensão do cotidiano como um conceito fundamental para o desenvolvimento de perspectivas críticas na terapia ocupacional no Brasil.

Nesse sentido, espera-se que os terapeutas ocupacionais, ao longo de sua formação e prática profissional, desenvolvam um olhar atento para os aspectos do cotidiano, para o exercício dos papéis sociais e para a compreensão dos seres humanos em sua integralidade, para além de um conceito de saúde x doença.

Se considerarmos os impactos que o processo de tornar-se mãe provoca nessas áreas, é possível refletir sobre a relevância e o potencial da atuação da Terapia Ocupacional nesse contexto. Podemos ser agentes catalisadores dentro do processo de formação de vínculo, manutenção da longitudinalidade do cuidado e ampliação provocativa do nosso olhar e do olhar de nossos colegas com objetivo de ofertar o cuidado em sua integralidade.

Um cuidado que vai além do relatado, do observado, vai além da patologia instalada, dos sinais de alerta e da estruturação de rotinas. Nossa grande contribuição pode ser colaborar na construção de um cuidado que considera o subjetivo, as necessidades de saúde e o cotidiano como algo que transcende a rotina, na medida em que vem permeado por desejos pessoais e

significados.

Na década de 1980, Benetton (1984), uma das referências mais importantes dentro do processo de formação dos terapeutas ocupacionais no Brasil, destacou em sua obra a importância da inserção da Terapia Ocupacional na ABS e apontou possibilidades de atuação específicas com grupos de gestantes nesse contexto. De acordo com a autora, os terapeutas ocupacionais seriam profissionais habilitados e adequados para a condução dos grupos de gestantes, já que, através da utilização de atividades significativas para essas mulheres, seria possível incitar a reflexão acerca das novas condições impostas pelo nascimento de um bebê e observar processualmente como as gestantes responderiam a isso, qual o impacto gerado pela gestação na vida dessas mulheres, em seu cotidiano. É ressaltada a potência da Terapia Ocupacional em identificar demandas específicas dessa população e articular-se com outros profissionais para abordar conteúdos pertinentes de serem trabalhados nesse espaço.

Galheigo (2020) afirma que um sujeito se constitui através de relações intersubjetivas e culturais no contexto do capitalismo moderno, caracterizadas por exploração, discriminação, dominação e naturalização de desigualdades. Essas relações são baseadas em diferenças sociais, étnicas, geracionais, de gênero, de orientação sexual e em conflitos com padrões hegemônicos de normalidade, capacidade, produtividade e legalidade. Portanto a prática atual do terapeuta ocupacional demanda escuta, acolhimento, diálogo, articulação social e em rede, além da construção de projetos terapêuticos e de vida com aqueles que necessitam ou reivindicam cuidado, suporte, participação social, dignidade e acesso a direitos.

Lourenço et al (2022), em uma das poucas publicações da área que cita questões relativas ao puerpério afirma que o desempenho ocupacional da mulher primigesta apresenta comprometimento em pelo menos uma área de Atividade de Vida Diária (AVD), e que exercer o papel social de mãe é visto pela mulheres como algo complexo. Isso ocorre porque o pré-natal tende a focar mais no processo gestacional em si, deixando de lado outras dimensões importantes e concretas da maternidade. As autoras sinalizam a importância da inserção da Terapia Ocupacional nas ações dirigidas para o pré-natal, no sentido de auxiliar as mulheres a prepararem-se concretamente para a chegada de seus bebês.

Quando se considera a lacuna que impulsionou a realização deste trabalho, pautada na identificação de que há pouca produção bibliográfica dirigida para questões do puerpério pelos profissionais de saúde como um todo, mesmo os que estão mais envolvidos com os aspectos práticos do atendimento a essa população, é previsível que a produção realizada pela terapia ocupacional confirme essa invisibilidade. Surge, então, a reflexão sobre o motivo pelo qual, apesar das potencialidades apontadas pelas autoras mencionadas (referências relevantes

na formação dos terapeutas ocupacionais), incluindo a indicação de uma atuação específica com grupos de gestantes desde a década de 1980, os terapeutas ocupacionais continuam a produzir pouca literatura sobre essa temática. Além disso, sua participação nas ações de cuidado voltadas à saúde da mulher na ABS permanece limitada e tímida, deixando um espaço importante ainda pouco explorado pela profissão.

O levantamento bibliográfico realizado por Franco (2024) corrobora a afirmativa anterior, na medida em que são apontadas 28 publicações nacionais com a temática do puerpério e nenhuma produção específica da Terapia Ocupacional. Isso nos leva a refletir sobre a escassez de produções literárias, por terapeutas ocupacionais nessa área e a questionar por que esse núcleo profissional ainda não tem suas potencialidades de atuação amplamente reconhecidas quando se trata de saúde da mulher. Apesar de tantas perspectivas de atuação e por tratar-se de uma população que tem impactos consideráveis no desenvolvimento das atividades cotidianas e no exercício dos papéis sociais, por que os terapeutas ocupacionais não se aprofundam nessa temática?

Em estudo que aborda possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional na ABS, junto a mulheres gestantes, Ferigato et al (2018) sinaliza que as ações terapêuticas ocupacionais, voltadas para a corporeidade, junto a esta população envolvem o acolher o novo corpo, dedicar cuidado integral à sua saúde, e a conexão com diferentes áreas e contextos da vida. Como possibilidades de cuidado os autores apontam a criação de grupos de escuta e a realização de práticas que favoreçam a percepção do corpo, a expressão das diversas corporeidades, e a construção de espaços sensíveis, com objetivo de promover o cuidado, a autonomia, a emancipação e o protagonismo das mulheres em seu cotidiano.

Se há respaldo científico e publicações, como mencionado anteriormente, que justificam as ações de cuidado dirigidas às gestantes, pode-se afirmar que também existe espaço para a atuação da Terapia Ocupacional junto às puérperas. Não se trata de criar novos campos de atuação, mas de expandir os já existentes, buscando estratégias que possibilitem a concretização do cuidado defendido neste trabalho. Uma abordagem fundamentada em uma perspectiva de cuidado contínuo, integral e interdisciplinar, com ênfase na longitudinalidade. Um cuidado que se inicia no período gestacional e não tem um fim estabelecido, um olhar que transcende os ciclos de vida, que não enfoca o puerpério ou a gestação, de modo excludente, mas sim a saúde da mulher em sua integralidade. Trata-se de um lugar de inserção para a Terapia Ocupacional que deve ser defendido e ocupado.

5.3 Categoria 3: O caminho da idealização até a construção do meu jeito de maternar - cultura da parentalidade

“Esqueci que meu filho teria características próprias. Não seria um boneco. Esqueci que cada bebê, assim como cada uma de nós, tem suas particularidades. Seu jeitinho de ser, agir e respirar. A maternidade não é feita só da mãe. E sim da mãe, do bebê e de uma realidade singular que é criada a partir desse encontro. (Vilarinho, 2017)

Esta categoria pretende trazer uma reflexão acerca de aspectos que são idealizados ao longo da vida e, mais especificamente, no período gestacional. Um olhar sobre desejos, frustrações, sobre a sobrecarga no período puerperal. Há um foco nas percepções acerca da vivência de aspectos como o parto, a amamentação, o sono do bebê, a expectativa por uma partilha de tarefas e cuidados que, muitas vezes não se concretiza, e que contribui para a construção de um maternar único e solitário. Um processo muitas vezes doloroso, porém transformador.

A construção do papel materno é atravessada por idealizações e expectativas que integram o dispositivo materno. Entre elas está o fato de que maternar é um processo instintivo para as mulheres. Somos incentivadas desde a infância a brincar com bonecas e utensílios domésticos, Como se o valor de uma mulher fosse proporcional ao quanto ela sabe cuidar da casa, dos filhos, da família.

De acordo com Zanello (2016), ao considerarmos uma perspectiva de gênero, o maternar pode ser problematizado como um processo que impõe às mulheres pressões para que engravidem, sustentadas pela crença de que a ausência de filhos as torna incompletas ou menos mulheres. Pode-se dizer, ainda, que há uma expectativa social de que as mulheres exerçam um cuidado dirigido para a família (filhos e parceiros) e renunciem aos cuidados dedicados a si mesmas, assim serão consideradas “boas mães”.

Essas cobranças por desempenho muitas vezes impedem as mulheres de enxergar de modo realista o maternar. Esse aspecto, aliado a uma rede de suporte frágil, pode ser um catalisador para o entristecimento, sensação de desamparo e não pertencimento experimentado no puerpério.

O puerpério geralmente é um período bastante solitário e que envolve muitas concessões. Deixamos de comer para amamentar nossos filhos. Experimentamos privação do sono para zelar pelo bebê que dorme calmamente. Muitas vezes passamos o dia de pijama, sem conseguir organizar nosso cotidiano. Se antes éramos prioridade, no puerpério somos as maiores (e muitas vezes as únicas) responsáveis pela vida de alguém.

A cobrança social e a autocobrança são intensificadas pela constante comparação com outras mães, um movimento quase inevitável, frequentemente alimentado por imagens idealizadas divulgadas pela mídia e pelas redes sociais. Corpos que retomam a antiga forma em tempo recorde, bebês sempre bem nutridos, sorridentes e que dormem a noite toda. Até mesmo as campanhas de incentivo ao aleitamento materno exibem mães impecáveis: sorridentes, maquiadas e bem vestidas, reforçando um padrão muitas vezes inalcançável.

As falas das participantes deste trabalho ilustram uma perspectiva de que maternar é um aprendizado, um processo. E de que é preciso estar atenta para não adoecer quando nos baseamos em comparações irreais. A rede de suporte também foi apontada como um aspecto imprescindível para que as puérperas conseguissem manter-se saudáveis ao longo desse período.

A figura a seguir demonstra os principais aspectos relatados pelas participantes no que se refere ao embate entre as idealizações e as vivências concretas no período puerperal.

Figura 4: Idealizações x vida real



Fonte: Autoria própria

O parto e a amamentação foram os aspectos mais citados pelas participantes. Quando se fala de parto, normalmente as expectativas verbalizadas se concentram na via de parto desejada e na romantização desse momento: Mulheres que esperavam um parto natural e acabaram passando por uma cesárea, primigestas que idealizaram a experiência e se

decepcionaram, ou múltiparas que se basearam em suas vivências anteriores e se surpreenderam no último parto.

“Ah eu entendo que é tudo diferente, eu imaginava uma coisa mas é outra. Tem aspectos bons e outros que são difíceis de lidar, por exemplo a questão do parto, que eu idealizei de um jeito e foi de outro.” (Hera)

“A gente sempre faz planos, né, mas nem tudo é como a gente planeja. Mas como já não é o primeiro, então a gente meio que já fica esperando outras coisas. Que nem, por exemplo, no caso dele ter nascido antes. Eu já tava esperando ele nascer prematuro por conta dos outros terem nascido. Não tive muitas surpresas.” (Deméter)

Nas falas das participantes, o parto é descrito como um grande marco, um evento para o qual as gestantes são preparadas e incentivadas a refletir ao longo de toda a gestação. O movimento de humanização do parto ao longo dos anos foi responsabilizando os profissionais de saúde para uma prática junto às gestantes de preparo, fortalecimento da autonomia e prevenção da violência obstétrica, que tornou-se praticamente obrigatória dentro dos serviços de saúde.

Diniz (2005) afirma que o termo humanização do parto tem o mérito de abrir novas possibilidades para a imaginação e o exercício dos direitos, permitindo a vivência da maternidade, da sexualidade, da paternidade e da experiência corporal de forma mais plena. Traz intrínseco uma variedade de interpretações e um conjunto extenso de propostas para modificar as práticas assistenciais vigentes, introduzindo no cotidiano dos serviços, conceitos inovadores e, muitas vezes, desafiadores, que podem até ser conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas, bem como aquelas fundamentadas em direitos, são constantemente adaptadas e utilizadas como ferramentas para promover mudanças. Trata-se de um processo lento e permeado por grande resistência e o uso da palavra humanização é estratégico, já que soa menos confrontador, em uma perspectiva de facilitação do diálogo com os profissionais de saúde acerca da violência institucional.

Embora haja um incentivo dos serviços de saúde ao exercício da autonomia, fundamentado em uma perspectiva de empoderamento feminino, as participantes relatam que, é após o parto que os desafios se tornam mais intensos. As falas das participantes abaixo exemplificam bem essa percepção, evidenciando a complexidade das emoções e experiências após o nascimento.

“Sim, eu fantasiei, né?(...) O nascimento dela... Mas depois que ela nasceu é que eu senti mais dificuldade. Na amamentação, por exemplo, eu nunca amamentei.” (Atena)

“A hora que o bebê dorme você não sabe se você come, se você dorme, se você toma um banho, se você descansa ou se você limpa a casa. É um ciclo sem fim.” (Deméter)

“O parto, eu tinha a opção de escolher na hora e eu mudei de ideia, eu quis fazer no meu parto a cesárea. E a recuperação foi um pouco mais intensa do que eu esperava, dá para se dizer(...) (Perséfone)

A amamentação foi citada por 7 participantes como um aspecto idealizado, tanto positiva como negativamente. As participantes trazem em seus relatos aspectos que apontam para uma construção social da amamentação como um instinto materno:

“A amamentação eu achei que eu iria dar conta, porque das outras foi tranquilo, mas não dei.” (Afrodite)

“Sim, eu pensei, já que eu consegui com minha outra menina, eu vou conseguir nesse. Mas eu sofri bastante, porque ela ia mamando e eu ia chorando. Aí eu achava que não ia aguentar. E todo mundo: Não, calma, leva uns quinze dias... aí depois que passou, foi melhorando. Passei uma pomada também, que cicatrizou mais rápido. Foi isso...” (Nêmesis)

“Olha, a amamentação era o que realmente me deixava tensa, mas foi ao contrário, ela aconteceu de uma maneira melhor do que eu esperava. Eu tinha medo, mas foi melhor do que eu esperava.” (Perséfone)

Apenas 1 participante relatou que já imaginava que ia ser difícil amamentar, como exemplifica a fala a seguir.

“A amamentação, eu imaginava que ia ser difícil no começo, e realmente foi. Em relação aos seios... porque dói, mas agora tá dando tudo certo.” (Hera)

A questão do cansaço e da recuperação pós-parto surge relacionada, principalmente, a um comparativo com as gestações anteriores:

“Agora sobre dormir eu pensei que eu não ia dormir, porque da outra eu passei 3 meses sem dormir. Chegava oito horas da noite, ela não dormia e chorava muito. Agora essa daqui, graças a Deus ela é bem calma. Ela não dorme a noite toda, mas ela dorme bastante assim. Tenho até que ficar acordando porque às vezes ela dorme o dia todo. Mas quando ela tá acordando direto durante o dia, de noite ela dorme.” (Nêmesis)

“É, mas o primeiro eu tive com 23, então é muito diferente. O cansaço bateu um pouco mais.” (Deméter)

“Outra coisa também que eu percebi é que na minha recuperação depois do parto das meninas, logo depois do parto eu fiquei mais disposta. No parto dele eu demorei, eu senti muita dor.” (Afrodite)

Ainda nesse contexto comparativo, as participantes trazem os saberes prévios, baseados nas vivências anteriores e que culminam em maior segurança ou no sentimento de não saber maternar, apesar de já ter vivenciado a experiência.

“Foi, foi... da outra, minha filha, a gente comprava um leitinho e dava para ela, tudo. Pra essa teve que pôr no peito, ficar, coisa que eu achei que eu não ia ter paciência, mas eu tô tendo paciência. No começo doía bastante, agora tá ficando mais gostoso a amamentação, eu tô sentindo. Mas é diferente sim.” (Atena)

“Eu já tenho um filho, de 8 anos, e eu imaginava que ia ser tudo igualzinho, que eu ia saber. Já na gestação, era outra coisa totalmente diferente, porque realmente foi diferente a gestação de um para o outro e no pós, quando a bebê nasce e você acha que você vai saber lidar com tudo, na verdade eu me sinto uma mãe de primeira viagem.” (Perséfone)

Dentro desse processo, permeado por sentimentos confusos e por vezes contraditórios, é possível refletir sobre o olhar que os profissionais de saúde têm acerca do baby blues e da depressão pós-parto.

A tristeza transitória, não definida como algo patológico, vivenciada no puerpério, pode estar associada à queda hormonal, mudanças na rotina, papéis sociais e até mesmo à privação de sono e isolamento social. É denominada baby blues e é frequentemente confundida com a depressão pós-parto. Existe uma vasta literatura que explora essa temática, evidenciando a importância do reconhecimento precoce e adequado dos sintomas para viabilizar estratégias adequadas de tratamento.

Tanto a Classificação Internacional de Doenças (CID 11), quanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM 5), não consideram o baby blues como doença. De acordo com DSM 5, muitas mulheres têm melancolia ou tristeza pós-parto ("baby blues"), que pode incluir sintomas depressivos, mas não atende todos os critérios para depressão pós-parto. Os critérios diagnósticos para depressão pós-parto são similares aos utilizados no diagnóstico da depressão maior e incluem, no mínimo, 5 sintomas (entre os descritos abaixo) por um período maior que 2 semanas:

- Tristeza extrema
- Oscilações de humor
- Choro incontrolável
- Insônia ou aumento do sono
- Perda de apetite ou comer em excesso
- Irritabilidade e raiva
- Cefaleia e dores no corpo
- Fadiga extrema
- Preocupações irrealistas sobre o lactente ou desinteresse
- A sensação de ser incapaz de cuidar do lactente ou de não ser adequada no papel de mãe
- Medo de machucar o lactente
- Culpa em relação aos sentimentos dela
- Ideação suicida
- Ansiedade ou ataques de pânico

Apesar do DSM centralizar na figura do médico o diagnóstico da depressão pós parto, há no manual o reforço da importância da avaliação de todas as mulheres, em consulta de pós parto, através da utilização de ferramentas validadas de rastreio como a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo e a Escala de Rastreamento de Depressão pós-parto e da necessidade de educar as puérperas acerca de sinais de alerta e relação à sua saúde mental no período

puerperal para permitir o diagnóstico e tratamento adequado quando há, de fato, uma patologia instalada.

De acordo com Campos, Rodrigues (2015) o baby blues é caracterizado por sinais e sintomas como choro fácil ou frequente, ansiedade, irritabilidade e dependência, que ocorrem entre o segundo e o décimo dia do puerpério. Já a depressão pós-parto se manifesta com sintomas afetivos que podem aparecer entre a quarta e a sexta semana após o nascimento, ao final do puerpério. Geralmente, essa condição se desenvolve durante a gestação e se intensifica após o parto.

Contudo, observa-se, novamente, um olhar centrado na patologia. Não há lugar de escuta e acolhimento preconizado para o sofrimento emocional vivenciado no puerpério, a não ser que se trate de algo patológico. O baby blues é tido como um período transitório, normal e inofensivo.

Gutman (2016) afirma que, para que a depressão pós-parto se desenvolva, é essencial que haja um desequilíbrio emocional significativo antes do parto, uma experiência de parto marcada por eventos traumáticos e uma falta de suporte emocional após o nascimento do bebê. Esses fatores, quando combinados, podem contribuir de maneira significativa para o surgimento dessa condição. A autora destaca que a tristeza no puerpério geralmente está relacionada ao encontro com a própria sombra, ou seja, com aspectos da personalidade que preferimos evitar. Devido à fragilidade emocional desse período, esses aspectos podem se manifestar de forma inconsciente. Para que os profissionais consigam lidar com essas questões de maneira adequada, evitando tratamentos inadequados ou a prescrição excessiva de medicamentos, é fundamental que estudem a realidade concreta vivenciada pelas mulheres nesse período. A fala de uma das participantes ilustra essa afirmativa:

“Eu tava ouvindo mesmo uma psicóloga falando, que na gravidez a gente fica toda florida, e depois esses hormônios caem de repente. Depois vai voltando ao normal né... ali uns 15 dias.” (Afrodite)

Considerando a perspectiva apontada neste trabalho, de que os profissionais que lidam diretamente com as puérperas estão presos a sintomas e sinais de alerta, faz-se necessário sinalizar que o limite entre a tristeza e a depressão é tênue e que, assim como a patologia, a tristeza também merece ser cuidada.

Em sua pesquisa, Campos, Féres-Carneiro (2021) destaca a importância de conscientizar sobre o baby blues, uma condição que afeta muitas mulheres após o parto,

causando instabilidade emocional e dificuldades em lidar com essas emoções durante um período de alta demanda com o bebê. As autoras afirmam que muitas mulheres relataram se sentir despreparadas para os sentimentos que enfrentaram durante o puerpério, o que evidencia a necessidade de mais informações e apoio. Além disso, a idealização do período pós-parto e do amor materno pode intensificar o sofrimento, gerando culpas e frustrações quando as experiências reais não correspondem a essas expectativas. Portanto, promover uma compreensão mais realista e acolhedora sobre o puerpério pode ajudar as mulheres a se sentirem mais acolhidas e menos isoladas em suas vivências.

De acordo com Gutman (2016) as mulheres não deveriam experimentar a solidão durante o puerpério. A autora sinaliza que encontrar outras mulheres que compartilham experiências semelhantes pode ser extremamente reconfortante. Isso não só ajuda a perceber que não estamos sozinhas em nossos medos e preocupações, mas também proporciona um ambiente seguro para trocar conselhos e se expressar sem medo de julgamentos. Assim, o puerpério pode se tornar uma fase mais leve e suportável, repleta de apoio mútuo.

Para Andrade e Catelan-Mainardes (2022) mulheres que apresentam fatores de risco para DPP necessitam de uma rede de apoio para atravessar esse período desafiador, e permeado por mudanças, de forma mais suave. É importante entender que os sintomas do baby blues típico duram cerca de 10 dias e tendem a regredir. Já os da DPP se mantêm e intensificam. Os estudos indicam que a primeira gestação é o principal fator de risco, enquanto a multiparidade atua como fator protetor. Mulheres com histórico de depressão ou propensão a desenvolver o quadro devem receber orientações específicas para reduzir as chances de desenvolvimento da condição no período pós-natal. Mães de bebês prematuros devem ser acompanhadas e receber suporte emocional tanto da família quanto da equipe multidisciplinar antes da alta hospitalar. A implementação de uma triagem bem executada e de espaços de educação em saúde tratando dessa temática, de modo simplificado e acessível, pode possibilitar uma condução mais adequada por parte dos familiares e da mulher.

Os sentimentos vivenciados no puerpério foram descritos pelas participantes desta pesquisa como confusos. A tristeza aparece permeada pelo medo, pela culpa e pela incompreensão, especialmente do parceiro.

Guedes, Bezerra & Silva (2023) , em uma perspectiva de gênero, apontam que o ato de cuidar é visto como sinônimo de afeto e dedicação e acaba se configurando como uma carga desproporcionalmente atribuída às mulheres e, em grande parte, invisibilizada pela sociedade. Essa distribuição desigual, que compreende cuidado como algo exercido mecânica e instintivamente por mulheres, afeta diretamente a saúde feminina e restringe o acesso pleno

a outras dimensões da vida, como a inserção no mercado de trabalho e a continuidade da formação educacional. A idealização desse papel reforça estereótipos de gênero e sustenta desigualdades históricas. Faz-se necessário incentivar a formulação de políticas públicas que reconheçam e valorizem o cuidar, com objetivo de reduzir a injustiça e a desigualdade de gênero.

“Eu acho que seria importante, porque eu meio que já sabia que eu ia passar por isso, porque eu já tinha elas. Mas não sabia que ia ser tão triste como foi...Mas e as mães de primeira viagem? Acabam entrando em depressão pós parto, né?” (Afrodite)

“Pós-parto a gente sente várias coisas, né? Nossa, são várias várias coisas, um turbilhão. Tanto em relação a nós mesmas, como mulher; quanto ao bebê, a família...Mas eu não procurei ajuda” (Hera)

“Olha, o momento angustiante que eu passei, que eu achei que eu tava realmente precisando de ajuda, é quando a gente se perde mesmo nos sentimentos. Parece que você perde o foco do que você está fazendo, de onde você está, do por quê. Parece que você nunca mais vai ter uma vida normal. Eu nunca mais vou dormir. E isso tudo vai somando na cabeça, vai somando. Aí a bebezinha chora, tadinha, tá com cólica, quer mamar ou então ela só quer meu colo. E isso impede a gente de estar fazendo as atividades que a gente quer fazer em casa. (Perséfone)”

Ao abordarem a questão das culpas, as participantes normalmente trazem aspectos dirigidos para o fato de estarem falhando no papel materno, tanto com o bebê quanto com os filhos mais velhos. Novamente a maternidade surge como algo idealizado. A mãe que não se permite falhar e que dá conta de tudo e todos:

“E tem também a questão de cuidar de outro filho, junto com um bebê, isso também me surpreendeu bastante. Achei que ia ser um pouco mais tranquilo, mas afeta muito a outra criança e a cabeça da gente também. O que a gente tá fazendo para poder auxiliar outro filho? Eu tô tendo alguns probleminhas com ele em relação ao início, ele tá sentindo muito. Questão de ciúme, essas coisas. Isso aí me surpreendeu bastante, não tá conforme eu imaginei que fosse ser. Eu orientei bastante ele antes, mas agora que eu estou vendo que não vai ser do jeito que eu planejei, mas a gente está se virando.” (Perséfone)

“Ai, assim como eu contei no começo, essas duas semanas que foram bem... eu me sentia muito... ter a pequena e não poder pegar ela, eu chorava muito mais do que nas outras. Sentia meio que um vazio, ainda mais que eu não amamentava esse aí. Eu me sentia culpada pelas duas e assim... se tivesse psicólogo, logo depois do parto, eu acho que me ajudaria bastante. Para eu poder conversar, assim.” (Afrodite)

Aliado aos aspectos já descritos acima, pode-se dizer que a incompreensão por parte do parceiro e o isolamento social são catalisadores para que o entristecimento se prolongue e até se potencialize.

As falas abaixo trazem relatos dirigidos para a incompreensão do parceiro:

“O parto é dolorido, mas tudo bem. Agora o pós-parto é um vazio tão grande, um turbilhão de coisas, que eles deveriam sentir. O meu ficava assim “ah mas tá chorando é porque não tá feliz, tá arrependida do bebê, é porque não tá aceitando”. Mas não é... Se você não aceita, não aceita desde a barriga. Não vai ser quando vê a carinha. Aí eu falava isso: Queria que você sentisse para ver que não é frescura! “(Afrodite)

“Eles acham assim: Ah, eu trabalhei o dia inteiro fora e ela ficou em casa. Eu estou cansado, ela ficou deitada, descansando com o bebê. O bebê dormiu, ela dormiu também. Só que isso ninguém vê, chega a casa está limpa, a criança está bem cuidada, acha que é tudo feito no automático e não é.” (Deméter)

E as seguintes demonstram o quanto o puerpério pode ser um período solitário:

“Com certeza, porque nesse período a gente fica muito...vou dizer por mim assim, sozinha. Vou conversar com quem? Vou aonde? Por exemplo, numa turma de amigas que saem para trabalhar, vêm e voltam? Seria mais interessante um grupo de mulheres que têm bebês também, que estão tendo um cuidado também para sair. A gente acaba ficando muito sozinha, solitária.” (Hera)

Dentro dessa perspectiva de entristecimento, incompreensão e vivências solitárias, os medos surgem e muitas vezes paralisam, tornando o processo mais doloroso:

“Ah, foi com ele (o bebê). O engasgo que ele teve... A gente assiste vídeo, vê profissionais falando, o próprio médico orienta: Olha, se engasgar, faz assim... Mas foi desesperador! Graças a Deus foi uma vez só e eu consegui fazer a manobra do desengasgo. Mas eu acho que se tivesse um médico um pouco mais perto, naquela hora, porque foi a noite, eu acho que seria melhor. Ter um profissional da área da saúde por perto, porque a gente fica mais tranquilo. Por mais que na hora do desespero você faz, você pensa: meu filho vai morrer! Mas se tem um profissional perto você fica mais tranquila.” (Deméter)

Apesar de dolorosas, as vivências do puerpério são fundamentais para moldar um jeito único de matinar. Envoltas em uma perspectiva de empoderamento e exercício da autonomia, as puérperas contam como foi construir-se como mãe:

“Tava dentro de mim. Eu resolvi... não vou dar conta se eu continuar amamentando ele. Eu não vou amamentar ele direito se eu ficar com ele no colo e correndo atrás de outra criança. Eu coloquei isso dentro de mim. Sei que pode ter sido, tipo...” (Afrodite)

As sugestões de estratégias de cuidado apontadas pelas participantes como efetivas, para auxiliar na construção de uma maternidade real, compreendem um movimento de olhar para si mesmas, voltar a se colocar no centro do processo; em uma perspectiva de que precisam estar saudáveis, inclusive para cuidar bem de seus filhos.

“É o que eu te falei, a gente fica em função do bebê e esquece da gente. Mas é uma coisa que a gente precisa fazer por eles, até porque, se eu cair numa cama e ficar doente, quem é que vai cuidar?” (Deméter)

Quando referem-se a possíveis ações, tanto de educação em saúde quanto terapêuticas, há uma preferência por contextos grupais, em uma perspectiva de construção de espaços que possibilitem trocas entre mulheres, tanto no período gestacional quanto no puerperal.

Para Andrade e Catelan-Mainardes (2022) é fundamental incentivar o acolhimento de gestantes em grupos voltados para a discussão sobre esse período. As Unidades Básicas de Saúde, que são responsáveis pelo atendimento e acompanhamento desse público na rede pública, têm o papel de promover a interação entre as futuras mães, permitindo que a troca de experiências seja enriquecedora e a triagem mais eficaz. Discutir o tema durante as consultas

de pré-natal e buscar informações sobre o histórico psiquiátrico da gestante também facilita a triagem e o encaminhamento adequado para o atendimento especializado.

“Conversando ali naquela roda, com aquele monte de mãe passando pela mesma situação, já vai trazendo um certo alívio você poder falar, ali mesmo. Na gestação, a gente já encontra outras pessoas passando pela mesma situação que a gente tá passando, e não posso esquecer, também, agora que eu até já comentei, que é importante pôr para fora, falar porque parece que é só você, que você virou um ET. Que é só a gente, que só eu tô vivendo isso, passando por isso. Quando não é verdade, tem muitas mulheres passando pela mesma situação. Às vezes até de forma pior.” (Perséfone)

“Isso, conversar, trocar experiências, entender que não é só na nossa casa nem só com nosso bebê.” (Hera)

“Exatamente, eu consigo muitas informações como? Justamente pelo WhatsApp, porque eu tenho outras amigas que têm bebês de dias, meses, algumas outras estão grávidas e aí a gente vai trocando experiências, informações, dicas.” (Hera)

A sugestão pela oferta de atendimentos em saúde mental também aparece em números relevantes, tanto dirigidos para o período gestacional quanto para o puerperal. As participantes relatam que os atendimentos de saúde mental seriam primordiais para auxiliar a lidar com a questão das culpas, tão explorada neste trabalho.

“Aí eu volto na questão do psicólogo, um atendimento de saúde mental é muito importante. A partir do segundo filho e o terceiro, acho que isso faz muita falta. Tudo você tem que ter paciência... e aí é muito importante ter alguém para te ajudar, justamente nessas culpas, porque a gente se culpa muito. A sociedade julga a gente. A primeira coisa que falam é “Ah mas você não quis ter filho?” Nem sabem o que aconteceu.” (Afrodite)

“Eu acho que, principalmente, tratar a cabeça, principalmente o psicológico. Porque por mais que a gente saiba o que tem que fazer, faça as coisas direito, mas só Deus sabe o que a gente tá passando. Por mais que a gente tenha rede de apoio... eu tenho meu filho mais velho que me ajuda, eu tenho meu esposo que me ajuda. A minha mãe, no comecinho, me ajudou

bastante, agora infelizmente ela está internada, tá tendo alta hoje, graças a Deus ela está melhor!” (Deméter)

6. CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se você ainda está no seus 60 dias de neblina, tenha paciência. Curta os dias de pijama. Não caia na pressão dos outros que exigem que você saia da sala de parto como se nada tivesse acontecido. A vida mudou. Você mudou. Não se force a nada, absolutamente nada. Você já tem novidades o suficiente para processar.

Não seja tão dura com você. Não permita que sejam tão duros com você. As visitas podem esperar. O mundo pode esperar. Leve as coisas no seu ritmo e se deixe levar rumo ao Sol. Pois depois da neblina, sempre vem o Sol.” (Carvalho, 2017)

Os resultados obtidos através da realização deste trabalho apontam para urgência de trabalhar junto às mulheres no puerpério a questão da participação social, único meio efetivo de viabilizar a elaboração de políticas públicas pertinentes para essa população. Entende-se que as estratégias para cuidar do puerpério estão atreladas ao eixo gestação-puerpério-puericultura e, apesar de não serem efetivas quando trabalhadas de modo dissociado, é necessário dirigir o olhar para as lacunas existentes no período puerperal; saindo de um contexto onde a mulher não é protagonista para um modelo de atendimento que transcende o materno-infantil (tão reforçado ao longo dos anos) e que amplia o olhar para além do papel materno, para a mulher que está no centro desse processo.

Os objetivos iniciais deste estudo foram alcançados e permitiram compreender a oferta e os desafios na oferta de cuidado às puérperas no contexto em questão. Os dados aqui produzidos apontam a urgência de mais estudos nesta frente, de forma a qualificar a atenção às puérperas neste período do desenvolvimento humano tão significativo. Vale ressaltar que foi possível dar voz às estas mulheres aqui participantes ativas da pesquisa e por meio de suas falas evidenciar aspectos já sinalizados em estudos anteriores assim como avançar na produção de conhecimento a este respeito.

Nesse contexto surge a necessidade de olhar para o cuidado ao puerpério como uma lacuna concreta, um vazio de informações que pode ser verificado tanto nas políticas públicas, manuais e protocolos do Ministério da Saúde, quanto nas produções científicas e que se concretiza na ausência de ações ofertadas dentro da ABS. Uma lacuna que merece ser preenchida tanto no campo político, através da elaboração de políticas públicas; no campo científico, através da elaboração de pesquisas na área; quanto na prática, através da construção de uma prática colaborativa, com objetivo de qualificar, partilhar, reduzir sobrecargas e

enriquecer a atuação dos enfermeiros e médicos, categorias tradicionalmente envolvidas no cuidado à saúde das mulheres no puerpério.

Os terapeutas ocupacionais surgem, nessa perspectiva, como profissionais potencialmente elegíveis para lidar com aspectos do puerpério, já que trazem em sua bagagem profissional um olhar dirigido para aspectos do cotidiano e mudanças nos papéis sociais, o que pode contribuir para o exercício de uma prática acolhedora e cuidado longitudinal e centrado nas reais necessidades de saúde dessas mulheres.

É importante destacar que as ações voltadas ao cuidado com a saúde mental e aos contextos grupais foram frequentemente mencionadas pelas mulheres entrevistadas como sugestões para a qualificação do cuidado. Esse cenário reforça a necessidade da educação permanente como uma estratégia essencial para aprimorar a atuação dos profissionais da ABS. Com base nesse entendimento, nossa principal contribuição ao município, que serviu como cenário para esta pesquisa (caso haja aprovação da gestão municipal) será ofertar momentos de capacitação envolvendo a temática pesquisada. O objetivo é utilizar os resultados obtidos para trabalhar junto aos profissionais da rede na readequação dos protocolos vigentes na ABS, além de qualificar as práticas existentes. O foco será promover uma abordagem que descentralize as ações da enfermagem e amplie o cuidado, integrando e fortalecendo a atuação das equipes multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. de; et al. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde no Brasil: Uma Análise do Processo de Revisão (2015–2017). *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 22 jan. 2023.

ALVES, P. C. B; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *Experiência de doença e narrativa*, v. 1, p. 125-38, 1999.

AMORIM, Tamiris Scoz; BACKES, Marli Terezinha Stein. Gestão do cuidado de enfermagem a puérperas e recém-nascidos na ABS à Saúde. *Revista Rene*, v. 21, n. 1, p. 30, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8081443> . Acesso em 15 dez. 2024.

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. de C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 19-46. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: <https://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284 p. (Clássicos para integralidade em saúde).

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QZX9gH7KmdDvBpfDBSdRVFP/?format=pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, v. 13, p. 16-29, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2004.v13n3/16-29/pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na Atenção Básica em Saúde: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 11, p. 4227–4238, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mzjxTpvrXgLcVqvk5QPNYHm/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BARBOSA DE PINHO, Leandro et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, p. 835-846, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7511>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, N. A. et al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. suppl 2, p. 1705–1715, 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). ISBN 85-334-0885-4. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf.

Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica em saúde: saúde das mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

Acesso em: 15 abr. 2022.

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. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/rede_cegonha/manual_pratico_rede_cegonha.pdf. Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica em Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 13 nov. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102_21_01_2022.html. Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.228, de 1º de julho de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materno e Infantil (RAMI). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228_01_07_2022.html. Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023. Revoga a Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, que "Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)". Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Caderneta da Gestante. 6. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf.

Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica em Saúde. Política nacional de Atenção Básica em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em:

15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica em Saúde. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em:

15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica em Saúde. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em:

15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica em Saúde. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em:

15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/ass/noticias/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-qu-e-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe>. Acesso em: 14 jan. 2025.

2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html . Acesso em 14 jan. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Reflexões sobre a Atenção Básica em Saúde e a estratégia de saúde da família. In: _____ et al. (org.). *Manual de práticas em Atenção Básica em Saúde: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p. 121-142.

CAMPOS, P. A.; FÉRES-CARNEIRO, T. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. *Psicologia USP*, v. 32, p. e200211, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200211>. Acesso em 15 dez. 2024.

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico*, [S.L.], v. 46, n. 4, p. 483, 8 dez. 2015. EDIPUCRS. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>. Acesso em: 15 dez. 2024.

CANARIO, M. A. M.; CARDELLI, A. A. M.; CALDEIRA, S.; ZANI, A. V.; BAGGIO, M. A. O.; SILVA, M. A. S.; FERRARI, R. A. P. O vivido de mulheres no puerpério: (des)continuidade da assistência na maternidade e Atenção Básica em Saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 20, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ae15/d1ff09a546a60e05b1838cc72d2a79832520.pdf> Acesso em 23 jul. 2024

CASTRO, C. P. De; OLIVEIRA, M. M. De; CAMPOS, G. W. De S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1625–1636, maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CARVALHO, L. P. Feminismos, movimentos de mulheres e as políticas de saúde para as mulheres. In: LAVALLE, A. G.; CARLOS, E.; DOWBOR, M.; SZWAKO, J. (comps.). *Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil*

pós-transição [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018. p. 285-330. Sociedade e política collection. ISBN 978-85-7511-479-7. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/v4cnf/pdf/lavalle-9788575114797-09.pdf> Acesso em: 30 set. 2024.

CARVALHO, R.. 60 Dias de Neblina. 2. ed. São Paulo: Matrescência, 2024.

COELHO, M. R. S. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/mis-41929>. Acesso em 12 jan . 2022.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália A. Participação e controle social em saúde in *A saúde no Brasil em 2030*, p. 237-271, 2013. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788581100173> . Acesso em: 20 dez. 2024.

DA COSTA DANTAS, Sibeles Lima et al. Representações sociais de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre cuidado de enfermagem no pós-parto. *Cogitare Enfermagem*, v. 23, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i3.53250>. Acesso em 13 ago. 2024.

DÍAZ, M. et al. Reflexiones desde las Terapias Ocupacionales desde el Sur: violencia estructural, derechos humanos y género en procesos de acompañamiento de mujeres durante el embarazo y maternaje. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, [S. l.], v. 29, p. e2996, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE2270> Acesso em: 20 maio 2022.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627–637, jul. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf> Acesso em 20 dez. 2024.

ELIAS, E. A.; PINHO, J. De P.; OLIVEIRA, S. R. De. Expectativas e sentimentos de gestantes sobre o puerpério: contribuições para a enfermagem. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 2, 30 ago. 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4058>. Acesso em: 20 maio 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: A Consulta Puerperal na Atenção Básica em Saúde à Saúde. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/a-consulta-puerperal-na-atencao-pri-maria-a-saude/>. Acesso em: 17 maio 2024.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 1, p. 5-25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590>. Acesso em 27 set. 2024

GUEDES, R. D. S., BEZERRA, S. R., & DA SILVA, F. R. As mulheres e o trabalho do cuidado: sobrecarga, amor ou uma problemática invisível? *Mnemosine*, v. 14, n. 2, p. 76-90, jul./dez. 2023. Disponível em: <https://revistas.editora.ufcg.edu.br/index.php/mnemosine/article/view/2766?>

GUTMAN, L. *A maternidade e o encontro com a sua própria sombra*. 11. ed. Tradução de Luis Carlos Cabral, Mariana Laura Corullón. Rio de Janeiro: BestSeller, 2017.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Básica em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>. Acesso em: 19 jan. 2023

JUNQUEIRA, M. P. V. D. et al. Assistência dos profissionais de saúde no parto e no puerpério: dando voz às mulheres adolescentes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 24, 15 fev. 2022. Acesso em: 25 ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.59448>. Acesso em: 13 ago. 2022.

JUSTINO, G. B. da S. et al. Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Básica em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 19 jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200711>. Acesso em: 30 ago. 2022.

LOPES, Tatiana Coelho et al. Itinerários de gestantes de risco habitual que tiveram seus filhos em um Centro de Parto Normal: implicações para a integralidade do cuidado na rede de atenção ao parto e nascimento de um município. In: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 2016. p. 327-342. Disponível em: https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf?utm_source Acesso em: 20 dez. 2024.

LOURENÇO, P. B.; ARAÚJO, R. M. S.; PANTOJA, J. P.; TODA, L. S. S. O.; COSTA, E. F.; OLIVEIRA, L. S. M. Mulheres primigestas: um olhar sobre o desempenho ocupacional e o novo papel social de mãe. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 2, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9695> Acesso em : 30 nov. 2024.

MACEDO, L.; SOUZA, P.; JOVINIANO, L.; ANDRADE, É. R. O impacto da culpa e sobrecarga na vida das mulheres na maternidade. *Humanas Sociais & Aplicadas, [S. l.]*, v. 14, n. 42, 2024. DOI: 10.25242/8876144220243020. Disponível em: https://www.perspectivasonline.com.br/humanas_sociais_e_aplicadas/article/view/3020. Acesso em: 9 mar.. 2025.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica em Saúde: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103> Acesso em: 30 set. 2024

MENDES, M. F. *Puerpério na Atenção Básica em Saúde: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. Biblioteca Depositária: Biblioteca Universitária - UFSC. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/84852/195375.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*. Genebra, 2022. 10 p. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/354560>. Acesso em: 20 nov. 2024.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jJ6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/#>. Acesso em: 28 maio 2022.

PEDROSA, E. R.; SILVA, M. D. da; MIRANDA, R. da S. Baby blues na Atenção Básica em Saúde: reflexos entre mãe e o recém-nascido. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 9, p. e4137, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4137.2020>. Acesso em 15 dez. 2024.

PINTO, A. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde. *Saúde em Redes*, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 191–217, 2018. DOI: 10.18310/2446-4813.2018v4n2p191-217. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1796>. Acesso em: 5 out. 2024.

REZENDE, J. de. *Obstetrícia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica em Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>. Acesso em: 25 nov. 2024.

SARAIVA, S. A. L.; ZEPEDA, J.; LIRIA, A. F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 25, n. 2, p. 553-565, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10092018>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. *Cidade: Conheça São Carlos*. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidade.html>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. *Secretaria Municipal de Saúde*. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidade.html>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Planejamento em Saúde, Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. *Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério*. Organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmem Lavras. São Paulo: SES/SP, 2010. 234 p. Disponível em: <http://www.portaldafenmagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. D. S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 843-852, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015> Acesso em 27 set. 2024.

SILVA, Á. F. A. Q. et al. Puerpério remoto: seguimento do primeiro ano pós-parto pela Atenção Básica em Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 1, p. e5217, 12 jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5217.2021>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Básica em Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. suppl 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. Acesso em: 19 jan. 2023.

VIDAL, C. C. et al. Atuação da terapia ocupacional com puérperas nas ações do núcleo de apoio à saúde da família. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 31, p. e3504, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO268935041> Acesso em: 13 dez. 2024.

VILARINHO, T. *Mãe fora da Caixa: a vida de pernas para o ar*. São Paulo: Buzz Editora, 2017.

ZVEITER, M. et al. O fim anunciado da Rede Cegonha – que decisões tomaremos para o nosso futuro? *Revista Enfermagem UERJ*, v. 30, n. 1, p. e66736, 21 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.66736>. Acesso em: 09 fev. 2023.

APÊNDICE A: CRONOGRAMA

Etapa	1º sem. 2023	2º sem. 2023	1º sem. 2024	2º sem. 2024	1º sem. 2025	2º sem. 2025
Estudos Bibliográficos	X	X	X	X	X	
Finalização do projeto e envio ao CEP	X					
Adequação dos instrumentos de coleta de dados/ preparação do campo	X					
Coleta de dados - entrevistas		X				
Preparação do material coletado		X	X	X		

Qualificação				X		
Análise dos dados			X	X	X	
Preparação para defesa pública				X	X	
Participação em eventos para publicização dos resultados				X	X	X
Publicização dos resultados				X	X	X

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS 510/2016)

Mais que mães, mulheres... a voz das puérperas sobre os atendimentos ofertados na Atenção Básica em Saúde.

Eu, Bruna Rego Rangel Cabral, estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar a convido a participar da pesquisa “Mais que mães, mulheres... a voz das puérperas sobre os atendimentos ofertados na ABS em Saúde” orientada pela Profa. Dra. Alana de P. N. Fornereto.

A realização deste projeto é importante para impulsionar discussões sobre a invisibilidade das mulheres no puerpério (período pós-parto), aspecto observado tanto nas relações interpessoais destas mulheres quanto nas situações de cuidado que lhe são ofertadas nos espaços de saúde. Mães vivem, têm sonhos, experimentam sentimentos ambíguos, fazem planos e sentem falta de suas vidas antes da maternidade. É necessário acolhê-las e auxiliá-las a cuidar de sua saúde como um todo, propiciando espaços acessíveis e ouvidos atentos, que auxiliem na construção dos projetos pessoais de felicidade. Para que esses objetivos sejam alcançados, inicialmente elas precisam ser escutadas.

Você foi selecionada por ter realizado o pré-natal na UBS Redenção, situada no município de São Carlos/SP e por encontrar-se no puerpério imediato (período até 45 dias pós parto). Você será convidada a responder uma entrevista com tópicos sobre o puerpério, suas impressões e expectativas acerca do cuidado ofertado neste período por sua UBS de referência.

A entrevista será realizada em seu domicílio, após agendamento de horário de sua preferência. Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas e para a presença de um estudante de graduação que irá auxiliar a pesquisadora tanto na entrevista quanto na transcrição dos dados em sua íntegra, para posterior análise.

A pesquisadora, por ser integrante da equipe da UBS acima citada, compromete-se a preservar o anonimato das participantes e a não compartilhar impressões e dados coletados com os

demais membros da equipe durante o andamento da pesquisa. O armazenamento dos dados será realizado em dispositivo externo, sem a utilização de ambiente virtual (nuvem).

Entende-se que não há riscos diretos associados à sua participação nesta entrevista, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, já que as reflexões geradas pelo instrumento de pesquisa podem atuar como disparadores de memórias e sentimentos e gerar desconforto, entristecimento, cansaço. As perguntas não serão invasivas à intimidade das participantes, não haverá limite temporal para realização das mesmas e não há obrigatoriedade de responder a qualquer aspecto gerador de angústia. Você pode, inclusive, recusar-se a fornecer respostas ou interromper a entrevista diante de qualquer desconforto.

Sua participação nesta pesquisa não lhe trará benefícios diretos, porém auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações, discussões e reflexões que poderão contribuir para melhorias tanto na oferta de estratégias de cuidado dirigidas às puérperas nos serviços de saúde quanto para motivar a realização de novas pesquisas nesta área.

Cabe ressaltar que a participação é voluntária, desta forma não prevê qualquer tipo de compensação em dinheiro. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP:

13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br

Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3o andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Bruna Rego Rangel Cabral Endereço: R. Victorio Bonucci 480

Contato telefônico: (16)988340013 E-mail: brunarr@estudante.ufscar.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Nome do Pesquisador

Nome do Participante

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista preliminar

Caracterização das participantes

Iniciais do nome:

Idade:

Gênero:

Raça/cor:

Estado civil:

Número de Gestações:

Número de filhos:

Tipo de parto? () vaginal com intervenção, () vaginal sem intervenção, () cesárea

Situação trabalhista:

Com quem mora:

Tem rede de apoio/auxílio para cuidados próprios e com o bebê?

Perguntas disparadoras

1- Durante a gestação, quais atendimentos você recebeu/participou na UBS? Participou de atendimentos/ações durante a gestação fora da UBS?

2- Consegue citar aspectos que idealizava/imaginava/pensava durante a gestação e que aconteceram de modo diferente quando o bebê nasceu? (com a mãe e com o bebê)

3- Você se vinculou especificamente com algum profissional da UBS durante o período gestacional? Você procurou esse profissional em algum momento após ter o bebê?

4- No período pós-parto você voltou à UBS para realizar algum procedimento, tirar dúvidas ou receber orientações? Descreva, fale mais, você pode me contar...

5- Cite uma situação angustiante do período pós-parto em que você gostaria de ter contado com uma ajuda profissional (pode ter recebido ou não).

6- Considerando o período pós-parto (até 45 dias após o nascimento do bebê), você recebeu algum atendimento profissional neste tempo? Você pode me contar como foi?

7- Como você avalia o atendimento que recebeu no pós parto na UBS? O que mais gostou? O que não gostou? O que sugere como melhoria?

8- Se você pudesse escolher, qual seria a forma mais adequada de receber atendimento no período pós parto? Pode assinalar mais de uma. Justifique:

() em casa

online

por telefone

individualmente

em grupo

outra

9- Como você acha que deveria ser o atendimento às mulheres no período pós-parto? Do que elas precisam? Como deve ser essa abordagem?

10- Tem algo que não perguntei e você gostaria de me contar a respeito do pós-parto?

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista definitivo

Caracterização das participantes

Iniciais do nome:

Idade:

Gênero:

Raça/cor:

Estado civil:

Número de Gestações:

Número de filhos:

Tipo de parto? () vaginal com intervenção, () vaginal sem intervenção, () cesárea

Situação trabalhista:

Com quem mora:

Tem rede de apoio/colaboração para realizar cuidados próprios e com o bebê?

Perguntas disparadoras:

1- Durante a gestação, quais atendimentos você recebeu/participou na UBS? Participou de atendimentos/ações durante a gestação fora da UBS?

2- Consegue citar aspectos que idealizava/imaginava/pensava durante a gestação e que aconteceram de modo diferente quando o bebê nasceu? (com a mãe e com o bebê)

3- Você se vinculou especificamente com algum profissional da UBS durante o período gestacional? Você procurou esse profissional em algum momento após ter o bebê?

4- No período pós-parto você recebeu algum atendimento de profissional da UBS? Seja para realizar procedimentos, tirar dúvidas ou receber orientações? Descreva, fale mais, você pode me contar...

5- Cite uma situação angustiante do período pós-parto em que você gostaria de ter contado com uma ajuda profissional (pode ter recebido ou não).

6- Como você avalia o atendimento que recebeu no pós parto na UBS? O que mais gostou? O que não gostou? O que sugere como melhoria?

7- Se você pudesse escolher, qual seria a forma mais adequada de receber atendimento no período pós parto? Pode assinalar mais de uma. Justifique:

() em casa

() online

- por telefone
- individualmente
- em grupo
- outra

8- Como você acha que deveria ser o atendimento às mulheres no período pós-parto? Do que elas precisam? Como deve ser essa abordagem?

9 - Tem algo que não perguntei e que você gostaria de me contar a respeito do pós-parto?

ANEXO 1 - Parecer consubstanciado CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mais que mães, mulheres... a voz das puérperas sobre os atendimentos ofertados na Atenção Básica em Saúde

Pesquisador: Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69104823.6.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.094.103

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2115793.pdf, de 24/05/2023) e/ou do Projeto Detalhado (Projetocompleto_versao1.pdf, de 24/05/2023): RESUMO, HIPÓTESE (se houver), METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

RESUMO: Uma breve contextualização histórica aponta para o quanto foi lento e conflituoso o processo de ampliar a compreensão da saúde da mulher para além de características reprodutivas e do exercício do papel materno e o quanto o movimento feminista foi e segue sendo importante neste contexto. A busca por referências bibliográficas que abordam a saúde da mulher como um todo, aponta para uma lacuna no que diz respeito à temática do puerpério, especificamente na Atenção Básica em Saúde, o que justifica a realização deste estudo. Esta ausência é identificada, inclusive, nos protocolos e documentos idealizados pelo Ministério da Saúde, o que consequentemente repercute na inexistência ou existência reduzida de ofertas de estratégias de cuidado ao pós-parto nas Unidades Básicas de Saúde e em divergências na compreensão sobre a necessidade das mesmas por parte da equipe/profissionais. Quando existentes, estas estratégias têm como foco o atendimento aos aspectos físicos da criança e da mãe. As necessidades da mulher são delegadas a segundo plano. Portanto o presente estudo, que tem como cenário a UBS

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

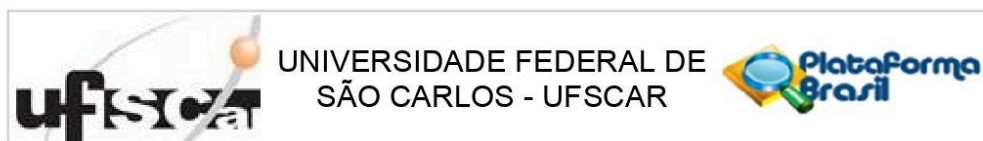
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

Redenção, situada no município de São Carlos, cidade do interior de São Paulo, tem como objetivos: compreender as ações de cuidado oferecidas às mulheres no pós-parto na ABS e analisar, na perspectiva dessas mulheres, como é o embate entre o cuidado recebido e o cuidado desejado por elas. Trata-se de um estudo de campo, de natureza qualitativa e com caráter exploratório e transversal. A coleta de dados será realizada através de entrevista semiestruturada entre os meses de agosto e dezembro/2023, contendo questões disparadoras dirigidas para as necessidades dessas mulheres no puerpério e as estratégias de atendimento ofertadas pela UBS neste período. A análise dos dados ocorrerá à luz do referencial teórico do cuidado integral, proposto por J. R. Ayres.

HIPÓTESE: A invisibilidade das mulheres no puerpério reflete-se tanto na produção bibliográfica dirigida para esta temática, quanto na proposição de protocolos de atendimento e oferta de estratégias de cuidado dirigidas a esta população na ABS. Estima-se que, apesar dos protocolos existentes, o atendimento ofertado neste momento do desenvolvimento humano não contemple as necessidades reais vividas, por este motivo investigar a percepção das mulheres sobre atendimento recebido (ou não) neste momento faz-se necessário.

METODOLOGIA: PERCURSO METODOLÓGICO Estudo de campo, de natureza qualitativa e com caráter exploratório e transversal, composto pelos seguintes procedimentos metodológicos: - Levantamento bibliográfico: Busca por referenciais teóricos que abordem a questão do puerpério e as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde na ABS, para prover atendimento às necessidades das mulheres nesse período. - Caracterização dos participantes e critérios de inclusão: Serão convidadas entre 10 e 20 usuárias, que no momento da entrevista devem estar no puerpério (até 60 dias pós-parto), maiores de 18 anos, que tenham realizado o pré-natal na UBS Redenção e que aceitem o convite para participar da pesquisa. - Cenário de pesquisa: Será realizado na UBS Redenção, também cenário de trabalho da pesquisadora, situada no município de São Carlos, interior de SP. São Carlos tem aproximadamente 256.898 habitantes, de acordo com o último censo do IBGE. A ABS no município é gerida pelo Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA) e funciona em modelo híbrido, composto por 11 UBS, 24 USF e 1 NASF. O Decreto N° 19, publicado no Diário Oficial do município em 3 de janeiro de 2023, prevê a divisão destas unidades de saúde em 4 núcleos distintos (SÃO CARLOS, 2023). A UBS escolhida integra o núcleo 2 e conta atualmente com 13258 usuários cadastrados. A equipe tem em sua composição 40 profissionais. Para a realização do projeto, haverá solicitação ao DGCA para acesso aos dados

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



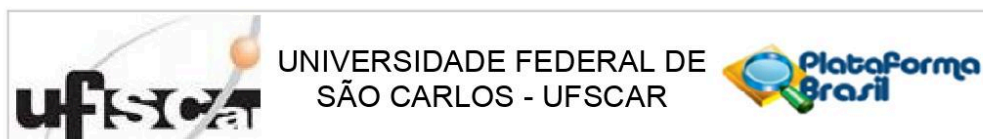
Continuação do Parecer: 6.094.103

informativas que não são públicas, com objetivo de caracterizar e contabilizar as gestantes atendidas no ano de 2023. Importante ressaltar que os dados obtidos não serão utilizados para recrutamento das participantes. -Convites às participantes: O convite será realizado em sala de espera do médico obstetra, após as 37 semanas de gestação. Será feita uma breve apresentação do projeto, dos objetivos da entrevista e captado o contato telefônico das que aceitarem participar, para agendamento de visita domiciliar no período puerperal. A coleta, realizada no domicílio, pretende facilitar o acesso às informações e promover um ambiente confortável e sigiloso. As mulheres que não forem abordadas durante a gestação serão convidadas a participar da pesquisa em outros momentos de rotina da UBS (consulta puerperal do profissional de enfermagem, primeiras vacinas do bebê, consulta de puericultura, e outras). - Construção de dados e aspectos éticos: O projeto de pesquisa será enviado e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSCar. Somente após sua aprovação, o convite e a produção de dados serão iniciados. Os dados serão coletados através da aplicação de entrevista semiestruturada, entre agosto e dezembro/2023, contendo questões focadas nas necessidades destas mulheres no puerpério e nas estratégias de atendimento ofertadas pela UBS neste período. No momento da entrevista será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento onde consta a forma de participação dessas mulheres na pesquisa, riscos e benefícios do estudo. O instrumento de coleta de dados será elaborado pela pesquisadora, tendo em vista a literatura atual e os objetivos da referida pesquisa. O roteiro preliminar será testado para posteriores adequações com mulheres que atinjam os critérios de inclusão da pesquisa, porém de outra UBS. As entrevistas serão gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra pela pesquisadora e por uma auxiliar para posterior análise. O sigilo quanto ao conteúdo apresentado nas entrevistas para a pesquisadora e identidade das participantes será garantido durante todo processo de coleta de dados assim como na divulgação dos resultados provenientes do estudo, conforme orientação da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ao final do procedimento de coleta, os dados coletados serão armazenados em dispositivo eletrônico local e todo e qualquer registro existente em ambiente virtual (nuvem) será devidamente apagado.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO: Estar no puerpério (limite temporal de 60 dias - puerpério remoto)
 Maiores de 18 anos; Ter realizado o pré-natal na UBS Redenção; Aceitar o convite para participação na pesquisa

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Estar fora do período do puerpério (mais que 60 dias após nascimento);

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

Menores de 18 anos; Não ter realizado o pré-natal na UBS Redenção

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender as ações de cuidado oferecidas às mulheres no pós-parto na ABS, a partir da perspectiva das usuárias.

Objetivo Secundário: Analisar as estratégias de cuidado recebidas e desejadas no pós-parto na UBS. Mapear e nomear as ofertas de cuidado às mulheres no pós-parto na UBS. Identificar fragilidades e fortalezas na assistência prestada na UBS às mulheres no pós-parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

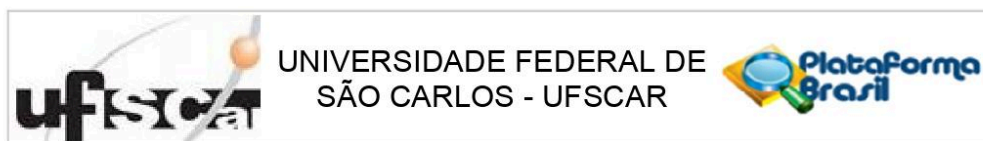
Riscos: Entende-se que HÁ riscos subjetivos associados à sua participação nesta entrevista. COMO RISCOS ENTENDEMOS: POSSIBILIDADES DE DANOS À DIMENSÃO FÍSICA, PSÍQUICA, MORAL, INTELECTUAL, SOCIAL, CULTURAL OU ESPIRITUAL DO SER HUMANO, EM QUALQUER PESQUISA E DELA DECORRENTE. As reflexões geradas pelo instrumento de pesquisa podem atuar como disparadores de memórias e sentimentos e gerar desconforto, entristecimento, cansaço, SERÁ RESGUARDADO O DIREITO DE DESISTIR DA ENTREVISTA A QUALQUER MOMENTO, RECUSAR-SE A RESPONDER PERGUNTAS QUE CONSIDERE INVASIVAS E RETIRAR-SE MOMENTANEAMENTE DO LOCAL PARA EVENTUAIS NECESSIDADES. ASSIM COMO, SERÁ OFERTADO ACOLHIMENTO E ESCUTA POR PARTE DA EQUIPE DE PESQUISA ÀS DEMANDAS QUE OCASIONALMENTE POSSAM SER ACESSADAS. CASO AINDA SEJA NECESSÁRIO, AS PARTICIPANTES QUE APRESENTAREM QUALQUER DESCONFORTO NÃO SOLUCIONADO NO MOMENTO DA ENTREVISTA, SERÃO ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO PARA ACOMPANHAMENTO. TAIS PROCEDIMENTOS VISAM EVITAR OU REDUZIR OS RISCOS APONTADOS PELA PESQUISADORA.

Benefícios: A participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos, porém auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações, discussões e reflexões que poderão contribuir para melhorias tanto na oferta de estratégias de cuidado dirigidas às puérperas nos serviços de saúde quanto para motivar a realização de novas pesquisas nesta área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

510 de 2016 e suas complementares.

Projeto nacional, de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e transversal, nível pós graduação - mestrado profissional, com previsão de um total de 20 participantes, recrutadas por intermédio de convites durante sala de espera da consulta médica com obstetra na unidade de saúde, ou consulta puerperal do profissional de enfermagem, primeiras vacinas do bebê, consulta de puericultura entre outras; realizando entrevistas gravadas em áudio, sendo o início e término da coleta de dados em 03/07/2023 e 29/12/2023, respectivamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Foi enviado o Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos.

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Atender as orientações da Conep sobre PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL. Este documento pode ser acessado na página do CEP UFSCar: <http://www.propq.ufscar.br/etica/cep>

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Agradecemos as providências e os cuidados tomados pelos pesquisadores ao apresentarem a 2ª versão do protocolo de pesquisa ao CEP da UFSCar. Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente n.6.042.697 emitido pelo CEP em 05/05/2023.

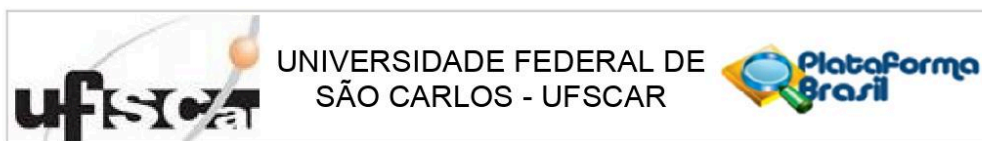
Seguem abaixo as pendências listadas no parecer anterior do CEP e seu status (atendida, não atendida, parcialmente atendida).

O Documento sobre informações básicas do projeto de pesquisa submetido em 24/05/23:

Lê-se:

PENDÊNCIA 1: A pesquisadora aponta que: "Para a realização do projeto, haverá solicitação ao Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA) para acesso aos dados informacionais

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

que não são públicos, com objetivo de caracterizar e contabilizar as gestantes atendidas no ano de 2023. Importante ressaltar que os dados obtidos não serão utilizados para recrutamento das participantes.” Considerando a justificativa da pesquisadora que os dados informacionais do DGCA são para caracterizar as gestantes atendidas em 2023, o que se pressupõe prévio recrutamento, este CEP solicita esclarecimento sobre tal necessidade, considerando que pela LGPD não se pode ter acesso a lista de nomes e dados sensíveis e pessoais sem prévio consentimento do participante da pesquisa.

RESPOSTA: os dados para caracterização das gestantes no município em questão não serão mais acessados, como havia sido previsto, já que não se tratam de dados públicos. Dessa forma, este procedimento foi suprimido da redação do projeto de pesquisa.

ANÁLISE: Pendência atendida.

PENDÊNCIA 2: Quanto aos Riscos, a pesquisadora aponta que: “Entende-se que não há riscos diretos associados à participação nesta entrevista, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, já que as reflexões geradas pelo instrumento de pesquisa podem atuar como disparadores de memórias e sentimentos e gerar desconforto, entristecimento, cansaço. As perguntas não serão invasivas à intimidade das participantes, não haverá limite temporal para realização das mesmas e não há obrigatoriedade de responder a qualquer aspecto gerador de angústia. É possível, inclusive, recusar-se a fornecer respostas ou interromper a entrevista diante de qualquer desconforto.”

2.1 Este CEP esclarece que toda pesquisa que envolve seres humanos não é isenta de riscos ou danos imateriais decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa (Resolução n.510/16, art.2º, item II). É necessário observar que risco é qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente (Resolução n. 510/16, art. 2º, item XXV e art. 18) que sejam descritos os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, podendo-se citar os riscos inerentes à manutenção de sigilo e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados. Solicita-se também explicitar os procedimentos para evitar ou reduzir os riscos apontados pela pesquisadora (“disparadores de memórias e sentimentos e gerar desconforto, entristecimento, cansaço”), conforme Resolução n. 510/16, art. 17, item II.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

RESPOSTA: 2.1. riscos e 2.2. possibilidades de desconforto: foram melhor descritos no TCLE e estão assinalados em amarelo, conforme orientação.

ANÁLISE: Pendência atendida.

2.2 Além disso, a pesquisadora aponta que: "As perguntas não serão invasivas à intimidade das participantes". Solicita-se rever tal frase, considerando-se que as perguntas geram desconfortos (apontado pelas pesquisadoras), o que se pressupõe serem invasivas.

RESPOSTA: 2.1. riscos e 2.2. possibilidades de desconforto: foram melhor descritos no TCLE e estão assinalados em amarelo, conforme orientação.

ANÁLISE: Pendência atendida.

O documento sobre Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) submetido em 24/05/23, lê-se:

PENDÊNCIA 3: O TCLE apresenta siglas, tais como UBS. Solicita inserir a sigla por extenso, para melhor compreensão da participante.

RESPOSTA: a sigla UBS foi transcrita para termo original, que é Unidade Básica de Saúde em todo o TCLE. No projeto é escrita por extenso em sua primeira aparição e mantida como sigla ao longo da redação do mesmo.

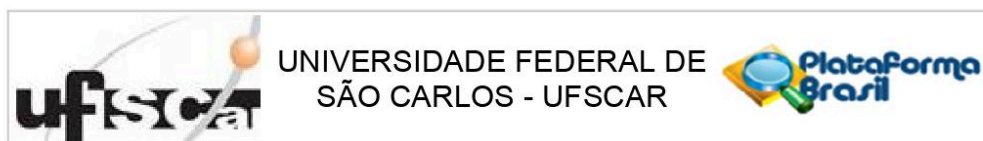
ANÁLISE: Pendência atendida.

3.2 O TCLE não apresenta claramente o objetivo da pesquisa. Solicita-se inserir, conforme Resolução n. 510/16, art. 2º, item I.

RESPOSTA: Os objetivos da pesquisa foram inseridos no TCLE

ANÁLISE: Pendência atendida.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

3.3 O TCLE não explicita uma previsão de duração de tempo da entrevista. Solicita-se explicitar, conforme Resolução n. 510/16, art. 2º, item I.

RESPOSTA: O tempo de duração da entrevista foi definido como "aproximadamente 1 hora" e aparece no texto do TCLE.

ANÁLISE: Pendência atendida.

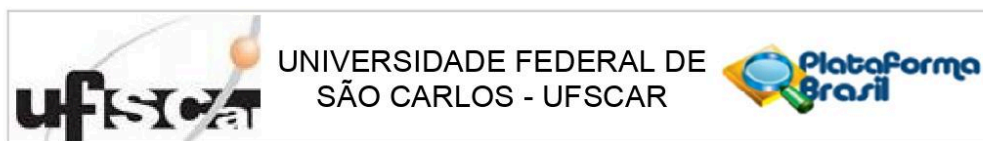
3.4 O TCLE aponta que: "O armazenamento dos dados será realizado em dispositivo externo, sem a utilização de ambiente virtual (nuvem)". Solicita-se rever a redação textual de modo que explicita de modo claro a informação em relação à segurança na transferência e no armazenamento dos dados, conforme Circular n.2/2021, item 3.2 "Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

RESPOSTA: Foram retificadas e aprofundadas as informações acerca da transferência e armazenamento dos dados coletados, de modo que possibilite às participantes sentirem-se mais seguras em relação a questões de manutenção do sigilo e compreenderem que, apesar dos esforços da equipe de pesquisa, existe um risco de quebra de sigilo involuntária.

ANÁLISE: Pendência atendida.

3.5 Quanto aos Riscos da pesquisa, o TCLE aponta que: "Entende-se que não há riscos diretos associados à participação nesta entrevista, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, já que as reflexões geradas pelo instrumento de pesquisa podem atuar como disparadores de memórias e sentimentos e gerar desconforto, entristecimento, cansaço. As perguntas não serão invasivas à intimidade das participantes, não haverá limite temporal para realização das mesmas e não há obrigatoriedade de responder a qualquer aspecto gerador de angústia. É possível, inclusive, recusar-se a fornecer respostas ou interromper a entrevista diante de qualquer desconforto."

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

Este CEP esclarece que toda pesquisa que envolve seres humanos não é isenta de riscos ou danos imateriais decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa (Resolução n.510/16, art.2º, item II). É necessário observar que risco é qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente (Resolução n. 510/16, art. 2º, item XXV e art. 18) que sejam descritos os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, podendo-se citar os riscos inerentes à manutenção de sigilo e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados. Solicita-se também explicitar os procedimentos para evitar ou reduzir os riscos apontados pela pesquisadora (“disparadores de memórias e sentimentos e gerar desconforto, entristecimento, cansaço”), conforme Resolução n. 510/16, art. 17, item I e II.

RESPOSTA: Quanto aos riscos, presentes em qualquer pesquisa que envolva seres humanos, foi admitida sua existência e descritas estratégias para minimizá-los. Foi inserida uma ressalva quanto à existência de riscos subjetivos e apontadas estratégias para amenizar e cuidar de possíveis desconfortos decorrentes da participação na pesquisa

ANÁLISE: Pendência atendida.

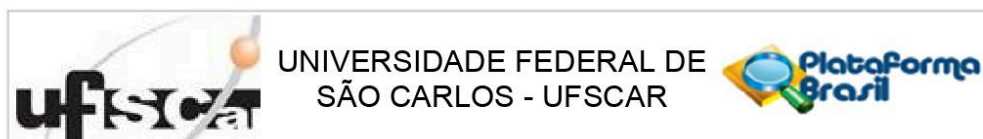
3.6 Além disso, a pesquisadora aponta que: “As perguntas não serão invasivas à intimidade das participantes”. Solicita-se rever tal frase, considerando-se que as perguntas geram desconfortos (apontado pelas pesquisadoras), o que se pressupõe serem invasivas.

RESPOSTA: Conforme orientação do parecerista, foi retirada a afirmação de que as perguntas não serão invasivas à intimidade das participantes. Entende-se que serão invasivas, na medida em que existe a possibilidade de gerar desconfortos.

ANÁLISE: Pendência atendida.

3.7 O TCLE não garante o direito à participante de buscar indenização. Solicita-se inserir conforme Resolução n. 510/16, art. 19, inciso 2º.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

RESPOSTA: Foi inserida a possibilidade de buscar indenização por qualquer tipo de dano resultante da participação na pesquisa.

ANÁLISE: Pendência atendida.

3.8 O TCLE não garante o direito ao ressarcimento de despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, caso houver. Solicita-se inserir, conforme Resolução n. 510/16, art.17, item VII.

RESPOSTA: Foi ressaltado que as participantes não farão nenhum tipo de investimento financeiro nem receberão compensação em dinheiro pela participação nas entrevistas.

ANÁLISE: Pendência atendida.

3.9 O TCLE não garante às participantes acesso aos resultados da pesquisa. Solicita-se inserir, inclusive de que maneira, conforme Resolução n.510/16, item VI.

RESPOSTA: Foi descrito como será possível acessar os resultados da pesquisa

ANÁLISE: Pendência atendida.

3.10 O TCLE garante o recebimento de via do TCLE rubricada, mas não via assinada. Solicita-se inserir tal informação, conforme Resolução n. 510/16, item art. 17º, item X, inciso 3º.

RESPOSTA: Foi ressaltado que todas as participantes receberão o TCLE assinado em 2 vias e rubricado em todas as páginas por elas e pelo pesquisador. No mesmo constará o telefone e o endereço do pesquisador principal para contato em caso de dúvidas.

ANÁLISE: Pendência atendida.

3.11 O TCLE aponta que: "Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos)". Este CEP esclarece que o CEP é vinculado à CONEP e não à Pró-

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

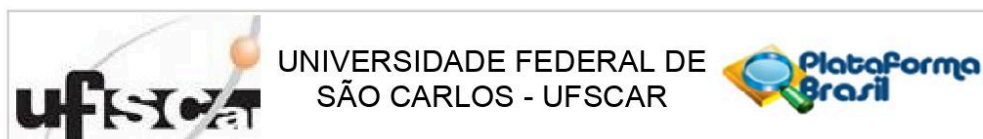
UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

Reitoria, mas funciona no prédio da Pró-Reitoria. Solicita-se adequar.

RESPOSTA: Foi retificada a informação acerca da localização e vinculação do CEP.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Necessário indicar em método e no TCLE como o material gravado será cuidado (quem terá acesso, como será arquivado ou se será apagado/excluído)

RESPOSTA: Foram descritos os procedimentos acerca do acesso, armazenamento e transferência dos dados coletados.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.094.103

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2115793.pdf	24/05/2023 14:12:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto_versao1.pdf	24/05/2023 14:12:08	Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Bruna_versao1.pdf	24/05/2023 14:11:23	Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi	Aceito
Outros	Carta_Resposta_1.pdf	24/05/2023 13:51:55	Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	25/04/2023 15:09:02	Bruna Rego Rangel Cabral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	25/04/2023 08:35:53	Bruna Rego Rangel Cabral	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 31 de Maio de 2023

Assinado por:
Sonia Regina Zerbetto
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br