



Papel do médico de família na fase do puerpério

Campo Grande

2022

Carla Ferreira Pussoli

Papel do médico de família na fase do puerpério
The role of the family doctor in the puerperium phase

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientadora: Valeria Alejandra Lara

Campo Grande

2022

RESUMO

PUSSOLI, Carla Ferreira. Papel do médico da família na atenção básica na fase do puerpério Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

A fase do puerpério é o momento em que se inicia no pós parto imediato, logo após o nascimento fetal, expulsão da placenta e à volta do organismo materno às condições normais. É considerado um período cronologicamente variável, de âmbito impreciso. O puerpério tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Este trabalho tem como objetivos, compreender através de pesquisa bibliográfica o papel do médico na atenção básica da família na fase do puerpério e com estes dados chegar a um consenso para um melhor atendimento de saúde da família e explorar através de pesquisa Bibliográfica quais são os métodos e soluções utilizados no pelo médico de família e sua equipe para a intervenção da puérpera e o impacto destas ações na vida da família. Para alcançar os objetivos, foi elaborada uma pesquisa exploratória e bibliográfica de textos e publicações, periódicos, livros e revistas e das adversidades em relação ao papel da atenção do médico de família no puerpério. Pesquisas recentes evidenciam a importância das atividades educativas no processo assistencial do cuidado obstétrico, inferindo que as gestantes integradas em algum grupo no pré-natal têm maior chance de desenvolver comportamento de promoção de saúde através de um auto-cuidado adequado e do bebê, e ter a redução de sentimentos como medo e ansiedade, característicos dessa fase do ciclo de vida da mulher. O apoio dos familiares nesse período de grandes mudanças também é extremamente importante.

Palavras-chave: a. Atenção Básica, b. Médico de Família, c. Puerpério

ABSTRACT

PUSSOLI, Carla Ferreira. **The role of the physician in basic family care in the puerperium stage.** Monograph of the title of specialist in Family and Community Medicine, Residency Program in Family and Community Medicine of the Municipal Health Department/Fiocruz de Campo Grande.

The puerperal state is a psychological disturbance that the mother suffers between the displacement and expulsion of the placenta and the return of the maternal organism to normal conditions. It is considered a chronologically variable period, with an imprecise scope. It begins with the moment of definitive cessation of the egg's endocrine activity, which occurs after the placenta is placed and expelled, or in a segment of the egg's death, which is indefinitely retained. The puerperium has its unforeseen end, because while the woman is breastfeeding, she will be undergoing changes during pregnancy (lactation), not returning her menstrual cycles completely to normality. This work aimed to understand, through bibliographic research, the role of the physician in the primary care of the family in the puerperium phase and with these data, reach a consensus for a better basic family health care and explore through bibliographical research what they are. the methods and solutions used by the doctor and his team for the intervention of the puerperal woman and the impact of these actions on the family's life. To reach the objective, an exploratory and bibliographic research of texts and publications, periodicals, books and magazines and the adversities in relation to the role of basic medical care in the puerperium was elaborated. Recent researches show the importance of educational activities in the care process of obstetric care, inferring that pregnant women integrated in some group in prenatal care have a greater chance of developing health promotion behavior through adequate self-care and the baby, and having the reduction of feelings such as fear and anxiety, characteristic of this phase of the woman's life cycle. The support of family members during this period of great change is also extremely important.

Keywords: a. Primary Care, b. Family Doctor, c. Puerperium

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	Alterações anatômicas e fisiológicas	6
1.2	Modificações dos órgãos e genitais	6
1.3	Acesso à Atenção Básica	10
2	HIPÓTESE	11
3	OBJETIVO PRIMÁRIO	11
4	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	11
5	MÉTODOS	11
5.1	Critérios de inclusão	12
5.2	Critérios de exclusão	12
5.3	Benefícios	12
5.4	Análise dos dados	12
6	RESULTADOS	14
6.1	Gestão do Cuidado em Saúde na Atenção Básica	14
6.2	Indicações e recomendações	14
6.3	Repouso pós-parto	15
6.4	Dieta	15
6.5	Higiene	15
6.6	Medicação	15
6.7	Reinício da atividade sexual	16
7	DISCUSSÃO	17
8	CONCLUSÕES	19
	REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

Segundo Mestieri; Meneguette; Meneguette, (2005) o estado puerperal é uma perturbação psicológica que a mãe sofre entre o deslocamento e expulsão da placenta e à volta do organismo materno às condições normais.

É considerado um período cronologicamente variável, de âmbito impreciso. Tem como início o momento do nascimento fetal e a expulsão da placenta. O puerpério tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade (MESTIERI; MENEGUETTE; MENEGUETTE, 2005).

O puerpério é o período da vida da mulher que se segue ao parto. Começa depois a expulsão da placenta e se estende até a recuperação anatômica e fisiológica da mulher. É uma fase de transição de duração variável, cerca de 6 a 8 semanas, na qual inicia e desenvolve os complexos processos de lactação e adaptação entre a mãe, sua criança e seu ambiente.

Clinicamente, o puerpério pode ser dividido em três períodos sucessivos:

- Puerpério imediato: primeiro ao décimo dia pós-parto;
- Puerpério precoce: do 11º- 45º dias pós-parto;
- Puerpério tardio: após o 45º dia com término imprevisível, visto que cobre o tempo necessário para a completa involução dos órgãos genitália e o retorno da mulher ao estado pré-gestacional (PERALTA, 1996).

1.1 Alterações anatômicas e fisiológicas

Durante o puerpério, os órgãos e sistemas maternos que sofreram transformações e durante a gravidez e o parto, apresentam modificações que os devolvem ou os regridem em grande medida para condições pré-gravidez (PERALTA, 1996).

1.2 Modificações dos órgãos e genitais

Útero: O útero e o endométrio são rapidamente reconstituídos, exceto para o leito placentário, o colo do útero reduz rapidamente sua dilatação (PERALTA, 1996).

Vagina: No pós-parto imediato, a vagina está com edemas, lisa e relativamente flácida na superfície. Após 3 semanas começam a observar as dobras características com desaparecimento do edema, e já na 6ª semana há reparo completo das paredes vaginais e

introito. Neste momento já é possível até que obtenha citologia esfoliativa normal (PERALTA, 1996).

Trompas de Falópio: As alterações puerperais nos tubos são histológicas. Células secretoras são reduzidas em número e tamanho e na 6ª semana os cílios já se recuperaram voltando à estrutura epitelial da fase folicular (PERALTA, 1996).

Mamas: Durante a gravidez, a mama é preparada para o processo de lactação. Depois do parto, com a saída da placenta, ocorre uma diminuição acentuada dos esteróides e lactogênio placentário. Isso remove a inibição da ação da prolactina no epitélio mamário e desencadeia a síntese do leite. As células pré-secretoras tornam-se secretoras (PERALTA, 1996).

Modificações dos sistemas cardiovascular e hematológico: O volume sanguíneo diminui em 16% já no terceiro dia pós-parto para continuar diminuindo gradativamente até atingir 40% na sexta semana. O débito cardíaco aumenta após o parto em cerca de 13% e assim permanece por uma semana. Posteriormente, desce gradativamente até atingir redução de 40% na 6ª semana. Essas alterações permitem que a frequência cardíaca e a pressão arterial voltem aos valores normais pré-gravidez. (PERALTA, 1996).

Água e eletrólitos: O aumento total da água corporal durante a gravidez é de 8,5 litros. Destes, 6,5 litros correspondem ao espaço extracelular: dois terços estão distribuídos nos tecidos maternos e um terço no conteúdo intrauterino. Durante o puerpério, o balanço hídrico mostra uma perda de 2 litros na primeira semana e 1,5 litros por semana nas 5 semanas seguintes, às custas do fluido extracelular. Também ocorrem alterações nos eletrólitos plasmáticos. Conforme os níveis de progesterona, reduz o antagonismo com a aldosterona, aumentando a reabsorção de sódio. (PERALTA, 1996).

Aparelho digestivo: No período pós-parto, conforme o tamanho do útero e a pressão intra-abdominal diminuem nas vísceras do trato gastrointestinal. Na primeira semana, persiste ligeira atonia intestinal devido a persistência da ação relaxante da progesterona placentária nos músculos lisos intestinal. Mais tarde, a motilidade intestinal aumenta, o esvaziamento do estômago é acelerado com o qual o refluxo gastroesofágico e a azia desaparecem. O metabolismo do fígado retorna ao sua função pré-gravidez aproximadamente a partir da terceira semana pós-parto (PERALTA, 1996).

Trato urinário: As modificações morfológicas do trato urinário que normalmente ocorrem durante a gravidez podem persistir no puerpério até por volta da 4ª a 6ª semanas pós-parto. Os rins permanecem aumentados nos primeiros dias e os ureteres persistem significativamente dilatados durante o primeiro mês, especialmente o direito. A função renal retorna à sua condição pré-gravidez nas primeiras semanas de puerpério (PERALTA, 1996).

Outros sinais clínicos fisiológicos do puerpério: Perda de peso, involução uterina, micção e evacuação intestinal (PERALTA, 1996).

Ao examinar uma mulher no puerpério, deve-se inicialmente, se sua situação clínica permitir, fazer uma breve avaliação do seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança. O estabelecimento de uma adequada empatia entre o examinador e a paciente proporcionará uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados. É comum que nestes momentos a mulher experimente sentimentos contraditórios e se sinta insegura. Cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção (MESTIERI; MENEGUETTE; MENEGUETTE, 2005).

A assistência ao pré-natal e ao puerpério com qualidade e de forma humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O acompanhamento da gravidez, parto e puerpério pelos serviços de saúde, devem ser momentos de aprendizagem para a mulher e sua família, permitindo detectar as alterações que podem colocar em risco a vida da mãe e da criança. Entre estes princípios, estão a garantia do acolhimento à mulher no período gravídico-puerperal, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, parto e puerpério e a atenção à saúde da criança (BRASIL, 2011).

A hermenêutica filosófica de Gadamer (1996, 2007), traz sugestões valiosas à reflexão do acolhimento no cuidado puerperal. Dessa perspectiva, a boa prática em saúde não decorre apenas do saber-fazer instrumental, mas igualmente importante é o diálogo que possibilita aproximar-se à verdade prática de um dado encontro, alcançada quando nos entendemos sobre algo. A construção da “verdade” é uma experiência aberta à ressignificação, requerendo a mediação entre o conhecimento técnico-científico e o saber do ser humano sobre si próprio. Entender-se sobre algo não significa concordar com a visão do outro, mas colocar-se em contato com outro horizonte.

A inexperiência e incertezas daquelas de primeiro filho tornam mais crítico o autocuidado e o desempenho do papel de mãe na transição da maternidade para casa. A vulnerabilidade sentida no pós-parto faz solicitar, igualmente, a precedência do cuidado nessa situação. Para elas, é necessária a visita dos profissionais de forma multidisciplinar na primeira semana dessa transição (CORREA, 2017).

É fundamental a visita dos profissionais de saúde nos primeiros 7 dias de vida do RN e da transição para a mulher desse momento. Sabe-se que boa parte das situações de morbimortalidade materna e neonatal acontecem na primeira semana após o parto, sendo, portanto,

fator essencial para o seguimento com a puérpera. Aproveitando-se desse momento, deve-se repassar o maior número de informações para a paciente e seu novo filho, desmistificando certos hábitos e estimulando hábitos saudáveis nessa fase da vida. Usualmente, as pacientes referem incômodos nas mamas (“ferida”, “endurecida”, “doendo muito”) e temor quanto à cicatrização dos pontos e “quebra” do resguardo, sendo comum apoiarem-se nas orientações dadas na maternidade e por familiares. Análogo aos estudos desenvolvidos em USF (Unidade de Saúde Familiar), 24, neste, existe ampla compreensão da visita como facilitador do acesso ao cuidado numa situação de mobilidade restringida (CRUZ; BOURGET, 2010; OLIVEIRA, 2013 *apud* CORREA, 2017).

A presença desses profissionais é supervalorizada porque pode propiciar atendimento resolutivo sem exigir deslocamento até o serviço. Comparável ao verificado, a mulher se sentiria segura e valorizada se recebesse essa visita (BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2011).

Na esfera das práticas, o acolhimento deve ser pessoal e centrado, visando a identificar e negociar alternativas para atender as demandas e necessidades de saúde. Para ampliar as possibilidades de auxílio à puérpera, o encontro profissional/usuário precisa conter:

(a) competência técnica para, no seu núcleo profissional específico, escolher as melhores respostas para o problema apresentado;

(b) postura ética para o profissional mobilizar seu saber-fazer, considerando a singularidade da situação de aplicação do conhecimento; e

(c) capacidade de construir vínculos com quem precisa do seu cuidado (CECÍLIO, 2011).

Para as puérperas e o bom atendimento resultam do interesse demonstrado no exame físico, perguntas feitas e orientações dadas, resolutividade das condutas adotadas e relações interpessoais. Confirmando o demonstrado em outros contextos a percepção do interesse relaciona-se ao tempo dedicado ao atendimento, sendo quase unânime a solicitação das mulheres que os profissionais dediquem mais tempo a elas (LOPES, 2014; CORREA, 2014 *apud* CORREA, 2017).

Poucas puérperas expressam necessidades de saúde que provocam inquietações e angústias, conforme os relatos das suas vivências. Calam-se as dúvidas sobre peso corporal, prevenção, temor da relação sexual no pós-parto cirúrgico, insegurança quanto ao contraceptivo indicado, incômodos físicos (dor abdominal, ardor e irritação no ato sexual) e dificuldades emocionais (desmotivação e diminuição da libido) (CORREA, 2017).

A relação com parceiros íntimos é uma questão importante, pois uma grande proporção de mulheres apresenta incômodos físicos e dificuldades emocionais no retorno à atividade sexual. Em investigação com primíparas realizada em Melbourne (Austrália), verificou-se que, nos primeiros três meses pós-parto, os médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde perguntaram sobre problemas de saúde sexual a respectivamente, 13% e 23% das mulheres (WOOLHOUSE, MCDONALD, BROWN, 2014 *apud* CORREA, 2017).

1.3 Acesso à Atenção Básica

As puérperas manifestam o sentimento de vulnerabilidade emocional. Para algumas puérperas, conversar com o médico é fundamental para identificar necessidades relacionadas às condições psicoemocionais. Nesse período, 50% a 70% das puérperas apresentam um estado depressivo brando (*blues*) que aparece, em geral, no terceiro dia pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. A depressão pós-parto é um fenômeno menos comum e necessita de acompanhamento especializado (BRASIL, 2006).

As ações de saúde direcionadas à gestante e à puérpera na Atenção Básica devem ser orientadas pela integralidade do cuidado. Para isso se faz necessário o emprego de tecnologias de gestão que promovam a articulação com outros pontos de atenção na rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal e dispor de mecanismos de referência e contrarreferência para integrar o trabalho das equipes das Unidades Básicas de Saúde com os profissionais dos demais serviços de saúde, a fim de conferir resolutividade e qualidade da atenção (BRASIL, 2012a).

Mediante ao exposto, este estudo poderá contribuir com a sistematização e informações sobre o período pré-natal/puerperal, assim como, estabelecer uma padronização no seguimento de puerpério e maneiras de melhor captação das orientações para a paciente.

2 HIPÓTESE

Sabe-se que durante a gravidez muitas mudanças acontecem no corpo da mulher, fazendo com que esse período exija cuidados especiais, por isso acredita-se que este relato possa ajudar os demais serviços de atenção básica, principalmente nas ações dos médicos e sua equipe, a pensar em práticas mais eficazes para a captação das gestantes aos serviços e qualificação da assistência prestada. Entende-se também que esta experiência pode ser inspiradora para a qualificação do atendimento às outras ações programáticas na atenção básica, uma vez que a forma de abordagem pode ser reproduzida.

3 OBJETIVO PRIMÁRIO

Compreender através de pesquisa bibliográfica o papel do médico da família na atenção básica na fase do puerpério e com estes dados chegar a um consenso para um melhor atendimento.

4 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Explorar através de pesquisa bibliográfica quais são os métodos e soluções utilizados no pelo médico e sua equipe para a intervenção da puérpera e o impacto destas ações na vida da família.

5 MÉTODOS

Para alcançar o objetivo, foi elaborada uma pesquisa exploratória e bibliográfica de textos e publicações, periódicos, livros e revistas e das adversidades em relação ao papel da atenção básica do médico no puerpério.

Não foi delimitado período de publicação dos artigos, com intuito de ampliar a busca.

A **pesquisa exploratória** não requer a formulação de hipóteses para ser testada, ela se restringe por definir objetivos e buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007).

Já a pesquisa bibliográfica, é desenvolvida a partir de material publicado em livros, artigos, dissertações e teses. Ela pode ser realizada independentemente ou pode constituir parte de uma pesquisa descritiva ou experimental, segundo Cervo, Bervian e da Silva (2007, p.61)

O presente trabalho é voltado para a área da saúde da família e saúde de base, e foi necessário para o desenvolvimento deste projeto um embasamento de referencial. Possibilitando um melhor entendimento sobre o tema e todas as suas demandas e fragilidades. Tratando do âmbito familiar a mãe puérpera.

A partir dessa fundamentação teórica, foram definidos o objetivo do trabalho, a introdução, a justificativa, a pergunta problema e a hipótese que o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ MS, Fiocruz.

5.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram os artigos originais que abordassem o tema relacionado a equipes multidisciplinares / interdisciplinares e equipes de assistência ao paciente, publicados em inglês, português e espanhol.

5.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram às publicações que não se enquadraram na classificação do nível de evidências utilizadas, estudos realizados em animais, editoriais, carta ao editor, dissertações, teses, revisões de literatura, e os artigos sem resumos que não possuíam texto disponível.

5.3 Benefícios

A maioria dos danos obstétricos e riscos para a saúde da mãe e da criança podem ser evitados, detectados e tratados com sucesso, por meio da aplicação de procedimentos padronizados de atendimento, oferta de informações sobre as mudanças e possíveis intercorrências da fase do puerpério.

As ações propostas tendem a favorecer o desenvolvimento normal de cada uma das etapas do processo do puerpério e prevenir a ocorrência de complicações, melhorar a sobrevivência materno-infantil e a qualidade de vida e, adicionalmente, contribuir para um cuidado com maior calor.

5.4 Análise dos dados

Este Trabalho tenta estabelecer os critérios para o atendimento e acompanhamento da saúde da mulher durante o puerpério e ao cuidado normal do recém-nascido ou o cuidado de e deve ser uma prioridade e ser fornecido em qualquer unidade de saúde dos setores público, social e privado.

6 RESULTADOS

6.1 Gestão do Cuidado em Saúde na Atenção Básica

Cecílio (2011) definiu a gestão do cuidado em saúde como o provimento das tecnologias de saúde, em resposta às demandas singulares de saúde de cada pessoa, em distintos momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia. Segundo o autor, a gestão do cuidado pode ser pensada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Nos serviços de saúde se realiza a dimensão organizacional do cuidado, evidenciada por elementos como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação e a função gerencial. Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, caracterizada pela definição de fluxos e regras de atendimento, a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc.

Aqui, a gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores, a ser alcançada em territórios marcados, frequentemente pelas diferenças e pelas assimetrias de poder (CECÍLIO, 2011).

Para tanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados pelos pontos de atenção secundária e terciária, compostos por diferentes densidades tecnológicas, para a realização de ações especializadas ambulatoriais e hospitalares (MENDES, 2010).

Após o parto, a mãe deve permanecer sob estreita observação por 2 a 4 horas em uma sala preparada para ela, tanto quanto possível, adjacente à sala de parto. Deve ser monitorado de perto pulso, pressão arterial e temperatura. Retração uterina, perda de sangue deve ser avaliada genital, realizar um balanço hídrico, aliviar a dor e fornecer o suporte psicológico necessário. Nesta fase, o recém-nascido realiza seu período de adaptação transicional, geralmente nas respectivas unidades. Idealmente, a criança deve ficar com sua mãe também durante este período de tempo. Após essas horas de observação, a mãe e seu filho vão para o puerpério onde devem permanecer até a alta da maternidade. Durante a estadia na sala de puerpério, a mãe e a criança devem ser visitadas e evoluídas diariamente por médico e enfermeira para acompanhar a evolução fisiológica deste período, detectar qualquer patologia, fornecer suporte psicológico que auxilie no melhor relacionamento entre a mãe e seu filho e para motivar e reforçar as técnicas de amamentação (PERALTA, 1996).

6.2 Indicações e recomendações

A puérpera deve permanecer na maternidade por 3 a 4 dias se o parto foi por via vaginal e de 4 a 5 dias se foi por cesariana. No entanto, em países onde caminho de desenvolvimento, os hospitais são pressionados pela grande demanda por atendimento e muitas vezes são obrigados a dar alta antecipada com todos os riscos que isso implica (PERALTA, 1996).

6.3 Repouso pós-parto

A puérpera deve manter repouso relativo na primeira semana pós-parto e atividade moderada até 15 dias. Deve se levantar o mais breve possível, durante as primeiras 12 horas após o parto normal e nas primeiras 24 horas após uma cesariana. Isso evita complicações urinárias, digestivas e vasculares que favorecem a drenagem adequada dos líquidos (PERALTA, 1996).

6.4 Dieta

A dieta deve ser completa, idealmente rica em proteínas. Depois de uma operação a realimentação da cesariana deve ser gradual até a evacuação. Se possível, deve evitar a ingestão de alimentos muito temperados devido ao seu efeito na criança através do leite materno (PERALTA, 1996).

6.5 Higiene

A higiene geral não deve ser negligenciada. As puérperas podem tomar banho regularmente. A higiene genital deve ser feita pelo menos 4 vezes ao dia ou sempre que esvaziar sua bexiga ou intestino, deixando a água escorrer sobre a genitália externa com uma secagem subsequente. Nos primeiros dias pós-parto, a limpeza da episiotomia deve ser feita com água mais um antisséptico não irritante e, a seguir, cobrir a área perineal com um curativo limpo. A ducha não deve ser feita neste período (PERALTA, 1996).

6.6 Medicação

Em geral, após a alta da maternidade, a puérpera não necessita de tratamento medicado.

A suplementação de ferro pode ser indicada, especialmente se há sangramento durante com esgotamento dos estoques de ferro. Nestes casos, um uma dose de 100 mg de ferro elementar por dia (PERALTA, 1996).

6.7 Reinício da atividade sexual

Se a involução uterina está normal e a cicatrização do períneo é adequada, poderá retomar a relação sexual 25 a 30 dias após o parto (PERALTA, 1996).

7 DISCUSSÃO

Segundo FUERWERKER (2000), iniciou-se um movimento de valorização da Atenção Básica que se efetivou nas décadas de 80/90 garantindo assim, maior acesso aos usuários, visto que as Unidades de Saúde da Família são a porta de entrada do SUS. As mudanças no perfil das unidades básicas de saúde, com a incorporação do modelo médico-assistencial, evidenciaram uma melhora do serviço e acompanhamento dos pacientes pela equipe multidisciplinar. (SUCUPIRA, PEREIRA, 2004). Além de frequentar os programas oferecidos, existe a importância do trabalho e acompanhamento feito através do Médico de família e comunidade que estará atento sobre os aspectos preventivos, diagnósticos e terapêuticos, com foco em minimizar a evolução das doenças e complicações (BRASIL, 2006 b).

A baixa escolaridade materna, baixa renda, situação conjugal são fatores que estão diretamente associado à dificuldade de adesão de mulheres ao pré-natal/puerpério, podendo trazer prejuízos no processo de assistência. Diante disto, temos a importância do acompanhamento na unidade básica de referência, para, através da equipe multidisciplinar, oferecer informações e acompanhamento com profissional da saúde sobre a gestação, o parto e o puerpério avaliando riscos obstétricos e desfecho gestacional desfavorável (CEZAR; et al, 2011; COSTA; et al, 2013).

A organização da atenção obstétrica na rede do Sistema Único de Saúde consiste no atendimento à mulher de forma integral. Após o parto, a mulher deixa de ser acompanhada pelo pré-natal, passando a ser vista como puérpera e mãe, sendo seu seguimento feito no eixo de atenção à saúde da criança (BRASIL, 2004).

Cabe aos profissionais da saúde prestar orientações adequadas às gestantes, durante todo o curso do pré-natal reforçando informações no acompanhamento do puerpério, para que o recém-nascido adquira todos os cuidados de que necessita em sua residência (LUA; ROCHA, ; SILVA, 2013). Além de que, quando o profissional da saúde promove orientação adequada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal favorece uma vivência mais positiva e tranquila do parto, contribuindo para um desfecho gestacional favorável e com menores riscos de complicações obstétricas (COSTA; et al., 2013).

Dessa forma, na fase do puerpério, vemos a necessidade do acompanhamento da mulher, entendendo e direcionando sobre a nova fase que se encontra. Caracterizada por um momento de grandes transformações, adaptação na chegada de um novo membro da família, sendo um momento de maior vulnerabilidade e ao mesmo tempo, um momento oportuno para o Médico de Família avaliar a saúde da mulher. O período puerperal é uma fase em que a mulher necessita

de apoio, sendo importante incentivar a participação do parceiro para compartilhar toda assistência (BRASIL, 2013).

Assim, é necessário que as rotinas nas unidades básicas respeitem a territorialização, para que seja possível a busca ativa para melhor atenção a fase do puerpério, visto que muitas pacientes seguem as consultas pré-natais, porém no pós-parto, acabam por não realizarem as consultas e não obtêm as informações necessárias, tanto para ela como para o recém-nascido.

Para as puérperas, é recomendado que ainda na maternidade, seja encaminhada a sua unidade de referência para agendar sua consulta puerperal. Preconiza-se ainda, a realização de uma visita domiciliar pelos profissionais da APS após a alta da maternidade nos primeiros 10 dias, preferencialmente até o sétimo dia, sendo também realizada a visita ao RN, já podendo agendar a consulta puerperal e do RN para oportunizar o tempo, avaliar vínculos e demais aspectos importantes entre mãe/pai/filho (BRASIL, 2013).

Percebe-se que ao passar o pré-natal, a paciente acaba por deixar de fazer o seguimento de consultas puerperais e passa a realizar apenas a puericultura do seu filho. Nesse cenário, faz-se necessário pelos profissionais de saúde, orientar durante o pré natal, principalmente nas últimas consultas, sobre a importância do acompanhamento da mulher após o nascimento, para ofertar informações, acompanhamento, consulta médica ou enfermagem (CORREA, 2017).

Neste período, a mulher passa por alterações hormonais, alterações no corpo, na dinâmica familiar, sendo necessário maior atenção às condições emocionais, psíquicas e sociais (BRASIL, 2013). Um dos sintomas mais importantes a serem investigados e acompanhados pela equipe é a depressão puerperal. Os episódios de tristeza são frequentes, decorrentes pela mudança hormonal brusca. O estado depressivo mais brando, é chamado de *baby blues* e ocorre em cerca de 70-90% nas mulheres e é transitório. Pode-se realizar uma triagem para identificar intensidades dos sentimentos da puérpera através da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo, que consiste em perguntas para a puérpera responder e através da pontuação, classificar a intensidade dos sintomas depressivos (CEZAR; et al, 2011; COSTA; et al, 2013).

8 CONCLUSÕES

Diante do exposto, cabe aos profissionais envolvidos com a atenção pré-natal e puerperal acolher a mulher e a criança com dignidade, assegurando a eles o papel de protagonistas nos serviços de saúde.

A atenção primária de saúde através das unidades básicas de saúde são os locais que as gestantes devem procurar atendimento para a assistência e orientação médica sobre as suas reais necessidades enquanto gestantes. Assim como atendimentos para obesidade, transtornos psiquiátricos e desenvolvimento infantil.

A assistência pós-parto deve ser integral, voltada para a mãe e seu filho, realizada em um ambiente adequado, com recursos suficientes e por uma equipe de saúde motivada que atenda às múltiplas necessidades deste período.

Portanto, o processo de acolhimento implica transformações profundas nas concepções e práticas dos gestores, dos profissionais de saúde e das mulheres. Nesse sentido, os membros envolvidos necessitam ser capacitados para o cuidado puerperal, incluindo conhecimento técnico-científico e habilidades comunicacionais. Também precisam elaborar um projeto comum de atuação, realizar reuniões periódicas para reorganizar os processos de trabalho, assegurar a sustentabilidade das mudanças no trabalho, mediante supervisão sistemática para fornecer suporte técnico, psicossocial, material e informacional às equipes, bem como realizar avaliação continuada.

É relevante e urgente realizar adequações nos serviços para favorecer a captação das gestantes para a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino no acompanhamento pré-natal; o acolhimento adequado às intercorrências obstétricas com promoção imediata da atenção para prevenir desfechos com complicações obstétricas; a participação efetiva das gestantes em atividades educativas para promoção da saúde e prevenção de agravos na gestação, parto e pós-parto; a aplicação pelos profissionais dos procedimentos clínicos obstétricos preconizados pelos protocolos e programas de atenção à saúde da gestante e a busca ativa para adequado seguimento de puérperas com a visita domiciliar multiprofissional e participação do Agente Comunitário de Saúde e a disponibilização de serviços de planejamento familiar.

Com a finalidade de agregar pessoas a um grupo ou a uma causa, que neste caso se caracteriza pela adesão à consulta pós-parto, o estabelecimento de vínculos é sem dúvida uma das ferramentas mais eficazes de acolhimento.

Acredita-se que cabe aos serviços de saúde a aquisição de instrumentos para identificar precocemente, tratar e/ou encaminhar se necessário, gestantes e puérperas com sintomatologia

depressiva, considerando a gravidade de cada caso. O apoio dos familiares nesse período de grandes mudanças também é extremamente importante.

Somente a união das forças entre os profissionais de saúde e familiares podem transformar momentos de tristeza passageira em uma fase em que a mulher se sentirá acolhida para expressar seus sentimentos e confiante na sua capacidade de assumir este novo papel.

Recomenda-se, a partir desse estudo: melhorar a assistência à mulher nesse período de labilidade emocional e transformação na rotina da família, estabelecer pontos importantes da consulta puerperal e sua importância para a mulher, estabelecer vínculo, rede de apoio, analisar riscos de depressão e orientar sobre as mudanças decorrentes desse período.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.

BERNARDI, M.C; CARRARO, T.E; SEBOLD, L.F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Rev. RENE** 2011; 12(n. esp.): 1074-80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília, DF, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004. 82 p.

BRASIL, Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. 3. ed. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2006 b.

BRASIL, Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, 27 jun. 2011, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos da Atenção Básica nº 32. Série A. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. 1. reimpr. Cadernos de Atenção Básica nº. 28, v. 1, 56 p. Brasília, DF, 2013.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comun Saúde Educ** 2011; 15:589-99.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CEZAR, J. A; MENDOZA-SASSI, R. A; GONZALEZ-CHICA, D. A; et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 985-994, mai. 2011.

COIMBRA, L. C.; et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, ago. 2003.

CORREA, M.S, et al. Women's perception concerning health care in the post-partum period: a meta-synthesis. **Open J Obstet Gynecol** 2014; 4:416-26. <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.47062> *apud* CORREA, M.S.M. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(3):e00136215.

COSTA, C. S. C; et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 15, . 2, P. 516-22, abr/jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>. doi: 10.5216/ree.v15i2.15635>. Acesso em 03 set. 2021.

CRUZ, M.M; BOURGET, M.M.M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc** 2010; 19:605-13.

CUNHA, M.S; SÁ, M.C. Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família – ESF): the challenges of moving into the territory. **Interface Comun Saúde Educ** 2013; 17:61-73 *apud* CORREA, M.S.M. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(3):e00136215.

DONABEDIAM, A. The quality of medical care: methods for assessing and monitoring the quality of care for re-search and for quality assurance programs. **Science**, n. 200, p. 856-64, 1988.

FEUERWERKER, L.C.M. O papel da residência na formação médica. *Jovem Médico – Revista de Medicina Atual*, Vol.1, n.1, 2000.

GADAMER, H.G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

GADAMER, H.G. **Verdade e método**. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.

GONÇALVES, R; URASAKI, M. B. M; MERIGUI, M. A. B; D'AVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-53, mai./jun. 2008.

KEBIAN, L.V.A; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletrônica Enferm** 2014.

LOPES, G.V.D.O; et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev. Bras Enferm** 2014; 67:104-10.

LUA, I; ROCHA, F. A; SILVA, A. L. Assistência Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família: um olhar analisador. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, 2013. ISSN 1982-6451.

MARTINELLI, K. G; et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MESTIERI, L.H.M; MENEGUETTE, R.I; MENEGUETTE, C. **Rev. Fac. de Ciênc. Méd. Sorocaba** v. 7, n.1 p. 5 - 10, 2005.

MONTENEGRO, C. A. B; et al. Predição e prevenção da toxemia gravídica. **Revista Fêmina**, v. 32, n. 6, p. 509-515, 2004.

MORAIS, M. M. **Avaliação da atenção pré-natal da estratégia saúde da família no município de Santa Helena de Goiás**. 2013. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

OLIVEIRA, D.C; et al. Estrutura da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 446-54, jul./set. 2013.

OLIVEIRA, D.C; *et al.* Organizational structure of postpartum care in Family Health Strategy. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm** 2013; 17:446-54 *apud* CORREA, M.S.M. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(3): e00136215.

PEIXOTO, C. R; et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para a reorganização da assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-91, abr./jun. 2011.

PEREIRA, M. L. L. **Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica**. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2013.

PONTES, A. P. M.; *et al* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Revista de Enfermagem Escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 500-07, 2009.

RAATIKINEN, K; HEISKANEN, N; HEINONEN, S. Under-attending free. Antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. **BMC Public Health**, n. 7, p. 268-75, 2007.

SAY L; *et al.* Global causes of maternal death: WHO sistematic analyses. **Lancet Glob Health** 2014; 2:e322-33. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214109X\(14\)70227-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214109X(14)70227-X.pdf) *apud* CORREA, M.S.M. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(3):e00136215.

SARTI, T. D.; LIMA, R. C. D.; SILVA, M. Z.; MACIEL, E. L.N. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista de Odontologia da UFES**, Espírito Santo, v. 1, n. 1, p. 63-69, 2008.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 131-9, 2001.

SUCUPIRA, A.C.S.L; PEREIRA, A. A preceptoria na residência em saúde da família. Ano V, N.1, Jan./Fev./Mar. 2004 - **S A N A R E**.

WOOLHOUSE, H; MCDONALD, E; BROWN, S.J. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. **Aust J Prim Health**, 2014; 20: 298-304 *apud* CORREA, M.S.M. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(3):e00136215.

VAGAS; P.L.; et al. Editora Unijuí, **Revista Contexto & Saúde**, vol. 16, n. 31, 2016 *ISSN* 2176-7114 – p. 13.