



O PUERPÉRIO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: NECESSIDADES DE SAÚDE DAS MULHERES?

THE PUERPERIUM IN PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL: HEALTH NEEDS OF WOMEN?
EL PUERPERIO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN BRASIL: NECESIDADES DE SALUD DE LAS MUJERES

Denise Antunes de Azambuja Zocche¹, Jucimar Frigo², Sandra Mara Marin³, Simone Machado⁴, Lisiane da Rosa⁵

RESUMO

Objetivo: refletir sobre o puerpério nas políticas públicas de saúde direcionada às mulheres, tomando como referência o decreto e a Portaria que institui a rede cegonha. **Método:** estudo descritivo que se baseou em leituras críticas e análise de publicações do Ministério da Saúde a partir de bases de dados. As práticas e ações de saúde permanecem direcionadas período reprodutivo, centrado na manutenção do corpo da mulher saudável; o puerpério é associado à amamentação e ao retorno de práticas sexuais. **Resultados:** os documentos do MS apresentam diretrizes e princípios que reforçam a humanização e a integralidade da atenção, mas continuam enfocando um modelo de atenção centrado na saúde reprodutiva. **Conclusão:** há necessidade de ampliar o conceito de saúde da mulher e inserir ações de saúde a fim de contemplar as necessidades de saúde das mulheres em puerpério para além das necessidades fisiológicas. **Descritores:** Políticas de Saúde; Mulheres; Puerpério.

ABSTRACT

Objective: to reflect on the puerperium in public health policies directed at women, with reference to the decree and the Ordinance establishing Rede Cegonha. **Method:** a descriptive study which was based on critical reading and analysis of publications of the Ministry of Health from databases. Practices and health actions remain directed to the reproductive period, centered on the maintenance of healthy woman's body, the postpartum period is associated with breastfeeding and the return of sexual practices. **Results:** MS documents provide guidelines and principles that reinforce the humanization and comprehensive care, but continue focusing on a model of care focused on reproductive health. **Conclusion:** there is a need to extend the concept of women's health and insert health actions in order to address the health needs of women in puerperium beyond the physiological needs. **Descriptors:** Health Policies; Women; Puerperium.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre el puerperio en las políticas de salud pública dirigidas a mujeres, con referencia al decreto y la ordenanza establece la Rede Cegonha. **Método:** estudio descriptivo que se basa en la lectura crítica y análisis de las publicaciones del Ministerio de Salud de bases de datos. Prácticas y acciones de salud permanecen dirigidas al período reproductivo, centrada en el mantenimiento del cuerpo de la mujer sana, el periodo postparto se asocia con la lactancia materna y el retorno de las prácticas sexuales. **Resultados:** documentos de MS proporcionan directrices y principios que refuerzan la humanización y la atención integral, pero continúan centrándose en un modelo de atención centrado en la salud reproductiva. **Conclusión:** hay necesidad de ampliar el concepto de salud de la mujer e introducir acciones de salud con el fin de atender las necesidades de salud de las mujeres en puerperio, más allá de las necesidades fisiológicas. **Descriptores:** Las Políticas de Salud; Las Mujeres; Puerperio.

¹Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: denise9704@gmail.com; ²Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva, Professora Titular, Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. Chapecó (RS), Brasil. E-mail: jucifrigo@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: sandrapeju@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Doutora em Educação, Faculdade de Educação do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: simonechaves2@gmail.com; ⁵Enfermeira. Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde/UNOCHAPECO. Chapecó (RS), Brasil. E-mail: rosa.lisiane@gmail.com

INTRODUÇÃO

Este artigo propõe-se a refletir sobre o puerpério e sua inserção nas diretrizes das políticas públicas, a partir do ano 2000, com a implementação da Política Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHP) até a promulgação do Decreto 7.508 que institui as redes de saúde, entre elas a Rede Cegonha.¹

No Brasil, a história das políticas públicas de saúde para as mulheres, esteve em sua maior parte, atrelada à preocupação do Estado em manter a saúde materno-infantil, para isto, as ações e programas de saúde, na sua maior parte, foram direcionados para a função reprodutiva das mulheres; sobretudo focados na gravidez e, nas últimas décadas, no parto, em função da persistência das elevadas taxas de mortalidade materna.

Embora haja avanços pontuais nas últimas décadas, as políticas públicas brasileiras para as mulheres não se apresentam de forma a abarcar as necessidades das mães, não tendo conseguido mobilizar o sistema público na direção de uma melhora efetiva na qualidade da atenção às mulheres para além dos aspectos reprodutivos e de manutenção nutricional impostos pela amamentação.²

O principal objetivo das primeiras políticas de saúde criadas pelo Estado consistia em impor um conjunto de obrigações aos pais e aos filhos a fim de produzir um maior número de crianças com boas condições de vida.² Entre as várias medidas de controle sobre os corpos, está o biopoder (O biopoder agia sobre a espécie “no corpo espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos”.^{2:152}), termo utilizado por Foucault² na análise das práticas disciplinares utilizadas nos séculos XVIII e XIX e suas técnicas de poder sobre o corpo.

O termo biopoder é empregado por outro autor de modo a^{3:57} “analisar o poder sobre a vida (as políticas da vida biológica), entre elas as políticas da sexualidade, seu objeto será o corpo vivente suporte dos processos biológicos (nascimento, mortalidade, saúde, duração da vida)”. A nova forma de poder se ocupará, então, da proporção de nascimentos, da taxa de reprodução, de óbitos e da fecundidade da população.^{4,5}

A partir, portanto, dessas ações adotadas nos séculos citados, o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido avançaram com desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a intervenção médica para melhoria das condições de saúde materno-infantil.

Na década de 1970, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI) retratou uma política

do Estado brasileiro que pretendia proteger o binômio mãe-filho e, nos anos 80, a regulamentação legal dos direitos à saúde começa a surgir não apenas baseada no interesse unilateral do país, mas impulsionada por forte pressão dos movimentos sociais, culminando na aprovação de leis e políticas públicas. Tal movimento ampliou-se em toda a década de 1990 e estendeu-se até os anos 2000, com a formulação e a execução de estratégias e programas de saúde pública voltados à atenção materno-infantil.

Em 1983, o MS formulou um programa que, muito mais que uma diretriz, era uma política que reorientava a atenção às condições femininas: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - conhecido como PAISM -, que representa um reconhecimento da luta do movimento feminista pela ampliação da atenção aos cuidados com saúde.⁶ O PAISM propunha uma integralidade no que tange às mulheres de todas as faixas etárias, em todos os ciclos de vida, em todos os seus papéis na sociedade e, naturalmente, em todos os seus problemas e necessidades de saúde.

Em 2000 as Nações Unidas estabelece pela Declaração do Milênio, oito objetivos de desenvolvimento, incluindo a promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres, com metas a serem alcançadas até 2015, entre elas a redução da mortalidade materna. Neste sentido percebe-se um movimento crescente de reconhecimento à saúde das mulheres, culminando na criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, pelo Governo Federal, em 2003, ficando assim estabelecidas uma série de ações que vêm contribuindo para a melhoria da vida de todas as brasileiras, reafirmando o compromisso com as mulheres do Brasil.⁷

No ano de 2004 ocorre a I Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, ampliando o processo participativo que acaba por resultar na construção democrática do Plano Nacional de Políticas para as mulheres que teve por objetivo reafirmar o compromisso do Governo com a construção da igualdade entre os gêneros. Na ocasião, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foram amplamente discutidos e reconhecidos como fundamentais na conquista do direito à saúde, devendo ser respeitados em seus dispositivos éticos, políticos e jurídicos para combater as violências sexuais e domésticas e assegurar às mulheres o direito à concepção e à anticoncepção.⁸

Considerando que o bem-estar feminino era uma prioridade, o MS com outras parcerias, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher -

Princípios e Diretrizes”, PNAISM, para o período de 2004 a 2007. O documento tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde com enfoque no gênero, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Algumas ênfases são apontadas: a atenção obstétrica; o planejamento familiar; a atenção ao abortamento inseguro; o combate às violências doméstica e sexual e a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS, as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.⁸ Uma das diretrizes da PNAISM afirma o reconhecimento da importância das singularidades e a subjetividade das mulheres no campo da saúde ao reiterar que:

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.^{8:63-64}

A ampliação do foco das propostas do MS a partir de 2004 reflete a preocupação em atender ao princípio da integralidade da atenção à saúde. No entanto, ao analisarem-se as estratégias da área de planejamento e gestão dos serviços de saúde, o MS orienta a implantação de pactos Inter federativos que unificam os processos de pactuação de indicadores e metas. Esses acordos foram instituídos em 2006 por meio de um compromisso entre os gestores do SUS das três esferas de governo (federal estadual e municipal). O chamado Pacto pela Saúde apresenta três dimensões: Pacto pela Via, em defesa do SUS e de Gestão.

No Pacto de Gestão são definidos os espaços de cogestão e as responsabilidades sanitárias e de apoio entre os entes. A definição das prioridades de saúde é balizada por metas nacionais, regionais e municipais, inseridas no Termo de Compromisso de Gestão. Estados, municípios e regiões de saúde devem acordar as ações necessárias para o cumprimento das metas. Entre as seis prioridades estabelecidas, três são relacionadas diretamente à saúde das mulheres: o controle dos cânceres de colo uterino, de mama e a redução da mortalidade materno-infantil, com ênfase nas mortes por pneumonias e diarreias.⁸

Considerando dados epidemiológicos, é possível argumentar que o Pacto negligencia muitas outras demandas importantes de saúde das mulheres, como, por exemplo, as doenças cardiovasculares e as mortes decorrentes da violência, que estão entre as principais causas

de mortalidade na população feminina.⁹ Assim, fica fragilizada a possibilidade de atender integralmente as necessidades de saúde do público em questão proposta como meta do PNAISM. Se, por um lado, as políticas públicas vêm construindo caminhos em busca de atender ao princípio da integralidade da atenção, por outro, a sociedade em geral vem apresentando mudanças nas suas necessidades de saúde, influenciadas pelo ritmo da vida nas grandes cidades, sendo necessárias constantes revisões na atenção em saúde ofertada.¹⁰

O MS preconiza que a atenção básica seja a porta de entrada prioritária para os usuários do SUS, propondo, pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006:

Considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade, na inserção sociocultural e na busca da promoção de sua saúde, com a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, além de efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.^{11:2}

A partir da instituição do SUS, o MS vem tentando transformar o modelo de atenção à saúde através dos princípios de integralidade, universalidade e equidade, de modo que a integralidade seja o eixo orientador da organização dos serviços. Construir práticas integrais implica em rever estratégias, formas e modos de cuidar, bem como avaliar a educação na saúde e na formação de profissionais da área. Quanto às ações e aos programas de saúde pública oferecidos às mulheres no período reprodutivo, há uma ênfase aos cuidados no pré-natal, no parto e no nascimento. Com relação ao período do puerpério, contudo, há um enfoque nas funções fisiológicas da amamentação e na função reprodutiva.²

Contemporaneamente, muitas políticas públicas vêm contribuindo para instituir a saúde como um direito social. Em contraponto, também atuam no controle de programas e ações prescritivas e normativas de como viver bem, de como manter o corpo saudável, de como ser uma boa gestante e uma boa mãe. Com isso, o controle da vida torna-se objeto de poder sobre ela, indicando medidas, qualificações e hierarquias no sentido de conformar processos.² Considerando a perspectiva mencionada, é

possível questionar a lógica de controle sobre os corpos das mães-mulheres pelas políticas públicas de saúde. Elas são submetidas a inúmeros processos de subjetivação e suas singularidades vão sendo construídas no processo de gerar, parir e tornar-se mãe.

Sabe-se que as causas da mortalidade materna são influenciadas por outros fatores e não somente pela gestação ou o parto e suas complicações.¹¹ As diferenças culturais, sociais e econômicas, a dificuldade de acesso e a baixa qualidade do atendimento têm papel complicador nesses casos, vindo a ser necessário que os serviços, os profissionais e as políticas de saúde pública se articulem para assegurar uma atuação intersetorial que abranja as mais diferentes áreas e repercuta efetivamente no bem-estar das mulheres.

As diretrizes para a organização do SUS prevêm o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.¹² Ao considerar a integralidade como princípio doutrinário, como descrito na Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90), dois enfoques podem ser destacados: o dos serviços e o que envolve as práticas de assistência. O primeiro se manifesta como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Já o segundo tem a ver com as práticas assistenciais realizadas pelos profissionais da saúde que ocorrem por meio de ações individuais, coletivas, programáticas ou por livre demanda.¹²

A integralidade, a partir da Constituição Federal (CF), passa a ser disposta no discurso do Estado, sendo, portanto, uma norteadora das políticas públicas de saúde e normatizando a administração da população. Partindo desse princípio foi argumentado em um estudo:

A saúde, então, passa a ser uma realidade que opera determinados processos existenciais ao mesmo tempo em que só é possível, a partir de determinadas operações, de certos campos de conhecimento, nos quais ocorrem transportes, traduções, interpretações - formas de objetivação que, ao darem sentido a determinados fenômenos, produzem modos de nos relacionarmos conosco.^{13:264}

Como já foi dito, nos anos 80 as ações relacionadas à saúde feminina estavam relacionadas às condições mais incidentes daquela população. No caso do bem-estar das mulheres de 15 a 49 anos, eram altos os índices de mortalidade materna relacionados à hipertensão na gravidez e hemorragias no

parto e no pós-parto. A partir desse cenário, o MS concentrou esforços para atender problemas de maior significação socio sanitária e que incidiam principalmente no grupo materno-infantil, ou seja, no combate à mortalidade desse grupo.¹⁴

Frente à demanda de reduzir as taxas de mortalidade de mães e filhos, as ações do MS passaram a ser focadas no pré-natal e no parto, ficando, assim, de fora outros aspectos que deveriam estar contemplados, já que a proposta era ofertar atenção integral à saúde da mulher. Reforçando a idéia citada, foi mostrado em estudo que se convive cotidianamente nos serviços com ações programáticas voltadas a intervir nos problemas de saúde da população nas condições de vida e nos riscos e danos ao bem-estar.¹⁵

Em estudo bibliográfico sobre a integralidade e a reorganização dos serviços a partir das tecnologias leves e da clínica ampliada¹⁶, foi defendida a ideia de que deve haver maior aproximação entre profissionais e usuários, na medida em que as ações passem a ser orientadas pelas necessidades dos indivíduos e das coletividades, rompendo, assim, com condutas impostas via programas de saúde. Surgem, então, por meio dos estudos no campo da saúde coletiva, pesquisas e reflexões sobre outros fatores que contribuem no planejamento e na proposição das políticas de saúde, que não somente as biomédicas e epidemiológicas. Inserem-se nos trabalhos outros componentes, como a cultura, a sociologia e a antropologia e às demandas e necessidades de saúde dos usuários do SUS.

Entre os estudos, pode-se citar o conjunto de trabalhos sobre a integralidade da atenção e do cuidado em saúde desenvolvidos entre 2000 e 2002, fruto de pesquisas sobre as experiências inovadoras que emergiram do processo de consolidação do SUS, em parceria entre Universidade de São Paulo, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e MS. Os resultados colaboraram na compreensão de sentidos e significados da integralidade em saúde, assim como na elaboração de ferramentas de análise de programas e serviços centrados nesta diretriz.¹⁷

Um estudo¹⁸ analisou as necessidades de saúde e suas implicações para o trabalho em saúde, em especial para a enfermagem, reforçando o argumento de que o setor da saúde tem como uma de suas finalidades contribuir para a satisfação individual e coletiva de necessidades. No entanto, depara-se com alvos prioritários de controle de certos problemas de saúde identificados como de

significativa expressão epidemiológica, em torno dos quais há exigência social, como os cânceres de colo e de mama, limitando-se, assim, as práticas a um quadro restrito de morbidades e restringindo a assistência às necessidades de saúde das mulheres.¹⁹

Tal foco limitado fica evidenciado em pesquisa realizada por Almeida e Silva², no estado da Bahia, sobre as necessidades das mulheres em puerpério, na qual se constatou que a maioria dos estudos voltados à saúde das puérperas realizados nas duas últimas décadas restringiu-se ao aleitamento materno e ao cuidado com a criança. Confirmando a situação, um estudo científico sobre as tendências da pesquisa de enfermagem relacionado à saúde das mulheres no período de 2001 a 2005, mostrou que as temáticas mais abordadas são aquelas ligadas à gestação, ao parto, aos cânceres de mama e de útero, de aleitamento materno, de doenças sexualmente transmissíveis e de síndrome da imunodeficiência adquirida, sendo a temática do puerpério não contemplada. Isso reflete no enfoque dado às políticas públicas adotadas pelo MS, que vêm fortalecendo ações focadas ao período reprodutivo.²¹

A literatura referida²¹ mostra que o modelo de atenção integral à saúde das mulheres vem sofrendo significativas mudanças, especialmente representadas por iniciativas voltadas à redução das taxas de cesáreas e à humanização do parto. Ainda assim, porém, são avanços relacionados a uma parcela específica do conjunto de necessidades de saúde das mulheres (direitos sexuais e reprodutivos), permanecendo lacunas importantes que precisariam ser atendidas num cenário de integralidade da atenção.^{7,22}

Para exemplificar essa questão, pode-se usar o caso do parto e do pré-natal para os quais se criaram dispositivos de incentivo às práticas naturais, como a Política Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHP) em 2000, que tinha por objetivo a qualificação do atendimento durante a gestação, parto e puerpério, e entre suas diretrizes a orientação de que as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia materna, preservadas.

Neste propósito de qualificar o momento do parto, em 2005 é sancionada a Lei Federal 11.108 que garante às mulheres o direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde. Na mesma direção, em 2007 é sancionada a Lei 11.634, que garante a toda gestante o

direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência. Ainda não há cobertura suficiente para a maternidade dentro de um contexto que leve em consideração o companheiro ou a pessoa significativa e relevante para a gestante, nem a garantia de que o serviço a acolha com sua singularidade e seus desejos, pois o acesso ao serviço nem sempre ocorre no tempo hábil para a realização de um pré-natal adequado e resolutivo.

Segundo o relatório da Situação de Saúde no Brasil²³, somente 16% das mulheres têm algum acompanhante no momento do parto. Mesmo tendo-se passado sete anos da promulgação da lei que garante esse direito, os serviços de saúde não se prepararam e não acolhem os acompanhantes das gestantes nas maternidades no momento do nascimento. Mesmo as ações de saúde mais consistentes não terão impacto se não se comprometerem a modificar as condições que limitam a saúde e criam vulnerabilidade.²⁴

Ter a integralidade como eixo orientador para afirmar o SUS está associado à formulação de políticas de atenção a problemas e populações específicas, às necessidades das pessoas e suas condições de vida e às relações intersubjetivas que se apresentam.^{12,25} Já Pinheiro, Ferla e Silva Junior²⁵ afirmam que assumir a integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde significa superar obstáculos e implantar inovações no cotidiano dos serviços.

Apesar da ênfase na integralidade como princípio da atenção em saúde, as políticas voltadas aos cuidados com as mulheres seguem se limitando ao período reprodutivo e às funções biológicas, seguindo determinadas normativas sobre como um corpo saudável “deve” funcionar.⁹

As experiências das mulheres na contemporaneidade contêm a complexidade gerada, dentre outras causas, por constantes mudanças e desafios que o alargamento da participação feminina na vida social vem produzindo. Mesmo assim, pouca atenção tem sido dada pelas políticas de saúde às suas singularidades. Como referem Ceccim e Stedille²⁶ do ponto de vista da saúde, as mulheres têm sido valorizadas menos por suas demandas singulares e mais particularmente por sua representação na saúde pública, considerados seus indicadores. Essa situação remete a metas e ações ao campo da saúde reprodutiva, deixando-se de lado toda uma diversidade de necessidades de saúde de pouca visibilidade na lógica epidemiológica.

É fato a crescente preocupação com a humanização dos cuidados com a saúde das

mulheres em todas as fases do ciclo vital, expressa nos programas e nas políticas de saúde ao longo dos últimos anos.^{7,22-23} No entanto, ainda são escassas as ações efetivas que emergem da vivência da mulher no período puerperal, especialmente as relativas à subjetividade feminina, que se alteram com a chegada de um(a) filho(a) e conforme o contexto sociocultural e emocional em que se inserem a gravidez, o parto e o pós-parto.

A saúde da mulher passa a ser pensada não apenas numa perspectiva reprodutora, e sim, agora, a partir de um contexto, assegurada nos direitos humanos, de nascer com dignidade. Isso denota a ampliação do horizonte no qual o nascimento passa a ser reconhecido não somente como um ato fisiológico ou um procedimento obstétrico, mas como um acontecimento humano repleto de sentido e significados.¹³

As mudanças do mundo contemporâneo provocam reflexões sobre os investimentos de políticas e programas de saúde, em especial no campo do bem-estar feminino. Fatores sociais e culturais como o aumento da expectativa de vida, as mudanças no comportamento sexual da população e de padrões culturais e a inserção da mulher em campos de trabalho cada vez mais diversos são elementos que influem na saúde das mulheres, demandando uma constante revisão dos processos de trabalho em saúde, de modo a atender necessidades que não constam nos pactos federativos ou nas políticas públicas, aproximando, assim, as ações à integralidade da atenção²⁷.

Em resposta aos problemas relacionados à saúde materno-infantil no país, o MS instituiu, recentemente, em junho de 2011 a Rede Cegonha, que consiste: “Art. 1º. [...] numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”.¹

A proposta enfoca o trabalho em rede como fio condutor no processo de gestação e nascimento, destacando-se a redução da mortalidade materno-infantil. Assim, as ações em rede reduziriam ou minimizariam toda e qualquer complicação, bem como o risco de morte materna ou, ainda, problemas de saúde da criança. Mesmo envolvendo mais atores da sociedade, incluindo incentivo financeiro aos estados e municípios para a sua implantação, reforça-se novamente, o foco das ações em saúde para as mulheres na função reprodutiva.

No que tange a satisfação dos serviços de saúde no período do pós-parto, segundo o

Ministério da Saúde²⁸ em pesquisa realizada com mulheres 82.005 identificou-se que 60.168 utilizaram de alguns serviços de saúde e 21.566 mulheres não utilizaram nenhum serviços de saúde no pós-parto e 217 não souberam responder.

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se a visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. De acordo com esta pesquisa, apenas 36,9% das mulheres entrevistadas receberam a visita do agente comunitário de saúde (ACS) até o primeiro mês após o parto. Dentre as 38.550 mulheres que receberam a visita do ACS, 81,9% avaliaram a sua atuação com notas de 8 a 10.²⁸

Isto reforça a necessidade de um serviço de saúde atenção qualificada e humanizada para a mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado em todos os componentes da rede de atenção a saúde da mulher desde o pré-natal, até o puerpério. Sendo assim torna-se necessário continuarmos refletindo em uma assistência humanizada multiprofissional que atenda as necessidades de vida da mulher em todas as suas fases do ciclo de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O puerpério necessita de um enfoque maior por parte dos formuladores das políticas públicas de saúde, para tanto se faz necessário ampliar o conceito de saúde da mulher, pensando na saúde das mulheres no puerpério. Período este muito peculiar, por gerar transformações de toda ordem, e não apenas fisiológicas. Assim como a gestação, o parto e o trabalho de parto necessita de ações que contemplem não só a manutenção das funções fisiológicas, mas que, antes de tudo, reconheçam suas necessidades de saúde a partir de um modelo de atenção integral e não somente sua dimensão biológica, o puerpério precisa ser reconhecido como um período complexo que necessita de maior envolvimento, por parte dos profissionais da saúde bem como dos gestores dos serviços de saúde, tanto na formulação de suas ações quanto nas práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia,

Brasil. Revista da Escola de Enfermagem USP [Internet]. 2008 [cited 2012 June 11];42(2):347-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo/scielo.php?pid=S080-2342009000200025&script=sci_arttext.

3. Foucault M. A microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984.

4. Castro E. Vocabulário de Foucault: um percurso por seus temas conceitos e atores. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2009.

5. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

6. Silver LD. Direitos à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: Giffin K, Costa SH (org.). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 299-317.

7. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva 2009 Ago.; 14(4):1073-83.

8. Ministério da Saúde (BR). Área Técnica da Saúde da Mulher. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação para o período 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

9. Ministério da Saúde (BR). Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

12. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

13. Medeiros PF, Bernardes A, Guareschi NMF. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2005; 21(3):263-9.

14. Ministério da Saúde (BR). Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

15. Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede

básica. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2008 [cited 2012 June 11];13(1):61-70. Available from: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100011&script.

16. Bonfada D, Cavalcante JR, Araujo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2012 June 11];17(2):555-60. Available from: www.redalyc.org/pdf/630/63020718028.pdf

17. Pinheiro R, Mattos RA (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2002. p. 65-112.

18. Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 1999 [cited 2012 June 11];52(1):54-66. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=9651&indexSearch=ID>

19. Mandu ENT. A expressão de necessidades no campo da atenção básica à saúde sexual. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2012 June 11];58(6):703-9. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421956023.pdf>

20. Souto CMM, Damasceno MMC, Pessoa SMF. Tendências das pesquisas de enfermagem em saúde da mulher no período de 2001 a 2005. Texto e Contexto Enfermagem [Internet]. 2007 Oct./Dec [cited 2012 June 11];16(4):7119-26. Available from: www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a17v16n4.pdf

21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

23. Oliveira DLLC, Meyer DEE. Gênero e saúde das mulheres. In: Oliveira DLLC (org.). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS; 2005.

24. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco; 2002. p. 113-26.

25. Pinheiro R, Ferla A, Silva Junior AG. A integralidade na atenção à saúde da população. In: Marins JJN. et al. (org.). Educação médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004.

26. Meyer DEE. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. Gênero, Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero (NUTEG) 2005; 6(1):81-104.

27. Ceccim RB, Stedille NLR. Saúde da mulher e o ensino das profissões da área da saúde: demandas de aprendizado à integração com rede de cuidados. In: Ceccim RB, Stedille NLR (org.). Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados de integração da Educação Superior com a rede assistencial. Caxias do Sul: Educ; 2007.

28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS. Maio de 2012 a Fevereiro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Submissão: 16/06/2012

Aceito: 04/09/2013

Publicado: 15/10/2013

Correspondência

Denise Antunes de Azambuja Zocche
Rua Guararapes, 80-E, Ap. 302
CEP: 12270-000 – Porto Alegre (RS), Brasil