



**Universidade de Brasília –UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Graduação em Saúde Coletiva**

**Experiências de puérperas, residentes do Distrito Federal, que vivenciaram
complicações na gestação, parto e pós-parto**

Karolayne Gonçalves Ferreira

**Brasília - DF
2020**



**Universidade de Brasília –UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Graduação em Saúde Coletiva**

Experiências de puérperas, residentes do Distrito Federal, que vivenciaram complicações na gestação, parto e pós-parto

Autora: Karolayne Gonçalves Ferreira

Orientadora: Profa. Dra. Antonia de Jesús Angulo Tuesta

Co-orientadora: Profa. Dra. Patrícia de Souza Rezende

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva apresentado a Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva

Brasília - DF

2020

KAROLAYNE GONÇALVES FERREIRA

EXPERIÊNCIAS DE PUÉRPERAS, RESIDENTES DO DISTRITO FEDERAL, QUE
VIVENCIARAM COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Saúde Coletiva.

Ceilândia-DF, ___de_____de_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Antonia de Jesus Angulo Tuesta
Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Yamila Comes
Universidad Isalud

Prof^ª. Dr^ª. Marianna Assunção F. Holanda
Universidade de Brasília

DEDICATÓRIA

Primeiramente quero dedicar este trabalho a todas as pessoas interioranas desse Brasil, sejam adolescentes, jovens adultos ou adultos que um dia almejavam sair de suas cidades para irem em busca do diploma de nível superior e que por algum ou alguns motivos não conseguiram. Saibam que permaneci até o final desta graduação lembrando-me todos os dias de vocês.

Em segundo lugar dedico aos amores da minha vida: Maria Luzia, João Dias, Júlio Cesar Bruno e Felype. Vocês foram e são a minha força de todos os dias.

Dedico também a todos meus professores da cidade de São José do Goiabal, Minas Gerais: Gorete Ribeiro, Neuza Barcelos, Maria Artuso, Mani Artuso, Cristiane Morais, Viviane Etel, Vander Albeny, Zenolia Leles, Luiz Rore, entre outros. A vocês minha eterna gratidão por todos os ensinamentos e por nunca terem desistido do ensino público de qualidade.

E por último, mas não menos importante: a Deus. Sem a sua luz e presença durante todos esses anos eu não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus minha eterna gratidão por me fortalecer e me proporcionar vivências e experiências riquíssimas, além de estar sempre ao meu lado me mostrando que sou capaz de alcançar meus objetivos.

Aos meus pais, Maria Luzia e João, que sempre acreditaram no meu potencial, e mesmo de longe sempre me incentivaram em todos os momentos e me ensinaram valores que levarei para sempre comigo. Não mediram esforços para a minha formação, e se hoje estou aqui, é graças a Deus e a eles.

Ao meu noivo, Júlio Cesar, que sempre me apoiou e vibrou muito com cada conquista minha. Que fez dos meus dias e noites na faculdade mais felizes e acolhedores. Obrigada por viver essa aventura ao meu lado com tanto amor e dedicação.

Aos meus irmãos, Bruno e Felype, por me ensinarem e motivarem tanto. A felicidade de ser inspiração e ser inspirada por vocês é indescritível.

À Diretoria de Desenvolvimento Social da Universidade de Brasília que através da Assistência Estudantil garantiu minha moradia, alimentação e permanência durante toda minha graduação. Nunca me esquecerei deste apoio e incentivo.

Aos meus amigos de longa data pelo companheirismo e paciência durante esses anos, pelos momentos de risos e consolos. Obrigada por todo incentivo, carinho e pela amizade verdadeira e significativa.

Ao professor Pedro de Andrade Calil Jabur por ter me acolhido em seus projetos de extensão e ter me proporcionado tantas vivências, desafios e conhecimentos. Sempre irei levar comigo o seu olhar em saúde para onde quer que eu vá.

A minha orientadora Antonia de Jesús Angulo Tuesta pelo compromisso, carinho e paciência ao me orientar, motivar e ensinar. A sua parceria fez com que todo o processo de pesquisa e escrita se tornasse mais leve.

A minha co-orientadora Patrícia de Souza Rezende por ter me recebido como mais uma integrante de sua equipe de pesquisa e ter feito este trabalho de conclusão de curso acontecer da maneira mais rica possível, obrigada também pela sua dedicação em me ensinar e me guiar da maneira mais acolhedora e amigável possível.

As meninas do grupo de pesquisa meu carinho e gratidão por me acolherem e compartilharem comigo seus conhecimentos e sabedorias. Em especial Andresa, que juntas desbravamos o Distrito Federal para entrevistar as puérperas e partilhamos muitas vivências desafiadoras.

Agradeço também as professoras Yamila Comes e Marianna Assunção F. Holanda, que ao aceitarem o convite de compor a banca examinadora aperfeiçoarão este trabalho através de suas potentes perspectivas em Saúde Coletiva.

Por fim, mas não menos importante, agradeço imensamente a todas as puérperas que aceitaram participar desta pesquisa, por terem reservado um pouco de seu tempo e aberto as portas de suas casas para poder nos contar suas vivências.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dendrograma com a porcentagem de UCE.....	35
Figura 2 – Representação da Análise Fatorial de Correspondência.....	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características sociodemográficas e paridade das participantes.....	32
Quadro 2 - Condições obstétricas das participantes e utilização de serviços de saúde.....	34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AAC	Atenção de Alta Complexidade
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCE	Faculdade de Ceilândia
IMC	Índice de Massa Corpórea
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidades de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Saúde reprodutiva das mulheres no Brasil e Distrito Federal	17
3.2 Gestação de alto risco: a definição biomédica e as percepções das puérperas ...	23
4. OBJETIVOS.....	28
4.1 Geral	28
4.2 Específicos.....	28
5. METODOLOGIA	29
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6.1 Caracterização sociodemográfica, condições obstétricas das puérperas e utilização de serviços de saúde	32
6.2 Caracterização do conteúdo a partir do <i>software</i>	35
6.3 Relatos e discussão das classes	37
6.3.1 Atenção pré-natal: oferta, acesso e distribuição	37
6.3.2 Complicações obstétricas: descoberta e mudanças.....	39
6.3.3 Trabalho de parto e parto: qualidade da equipe obstétrica	41
6.3.4 Saúde reprodutiva das mulheres: assistência e vínculo.....	45
6.3.5 Serviços de saúde: a busca pelo cuidado	47
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	56
ANEXO I.....	56
ANEXO II	57
ANEXO III.....	59

RESUMO

Partindo do conceito de gestação de alto risco que é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas, e que o cenário de saúde reprodutiva é um importante indicador para avaliar as condições de saúde da mulher no período gravídico-puerperal. O objetivo central deste estudo foi compreender a percepção das puérperas sobre as complicações que vivenciaram na gestação, parto e pós-parto no Distrito Federal. A metodologia utilizada foi abordagem qualitativa através dos relatos produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas com 13 participantes, analisadas pelo *software* IRAMUTEQ, via Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados obtidos demonstram que as puérperas atribuem percepções diferentes às suas vivências relacionadas com as complicações e de cuidado de acordo com relação paciente-profissional, os serviços de saúde utilizados e os sintomas identificados ou percebidos. Esses aspectos estão diretamente ligados a perspectiva interseccional de raça, classe e gênero das mulheres entrevistadas e que influenciaram no nível de qualidade da assistência recebida e no processo de construção de percepções futuras sobre a maternidade, os seus próprios cuidados e de seus/suas bebês. Considera-se a necessidade de acompanhamento profissional equânime e de qualidade, tanto no sistema público de saúde quanto no privado, e destacamos a importância do Agente Comunitário de Saúde para o efetivo acompanhamento às gestantes e puérperas no Sistema Público de Saúde.

Palavras-chave: Percepção; Saúde Reprodutiva; Complicações; Gestação; Alto Risco.

ABSTRACT

Based on the concept of high-risk pregnancy, which is one in which the life or health of the mother and/or the fetus and/or the newborn is more likely to be reached, and that the reproductive health scenario is an important indicator to assess the health conditions of women during pregnancy and childbirth. The main objective of this study was to understand the perception of mothers about the complications they experienced during pregnancy, childbirth and postpartum in the Federal District. The methodology used was a qualitative approach through the reports produced through semi-structured interviews with 13 participants, analyzed by the software IRAMUTEQ, via Descending Hierarchical Classification. The results obtained demonstrate that the puerperal women attribute different perceptions to their experiences related to complications and care according to the patient-professional relationship, the health services used and the symptoms identified or perceived. These aspects are directly linked to the intersectional perspective of race, class and gender of the women interviewed and which influenced the level of quality of care received and the process of building future perceptions about motherhood, their own care and that of their babies. The need for equitable and quality professional monitoring is considered, both in the public and private health systems, and we highlight the importance of the Community Health Agent for the effective monitoring of pregnant women and women who have recently given birth in the Public Health System.

Keywords: Perception; Reproductive Health; Complications; Gestation; High risk.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a portaria nº 569 de 1º de junho de 2000, a gestação, parto e pós-parto seguro e de qualidade é um direito das mulheres e dever do Estado, sendo ele o responsável pela oferta e distribuição de serviços qualificados e suficientes desde o pré-natal. Este acompanhamento qualificado e em tempo oportuno diminui as chances de complicações futuras, morbidade severa, morte materna e neonatal (BRASIL, 2000).

Historicamente, o Brasil tem permanecido com alto índice de Razão de Mortalidade Materna (RMM) em comparação a países considerados desenvolvidos. Em 2015, o Brasil apresentou RMM de 62 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto países desenvolvidos apresentaram taxa de 12 óbitos por 100 mil nascidos vivos (OPAS, 2018).

Quando observado a RMM de 2017 na América Latina, identifica-se diferenças relevantes. As menores taxas foram encontradas no Chile com 13 óbitos por 100 mil nascidos vivos, Uruguai com 17 óbitos e Argentina com 39 óbitos por 100 mil nascidos vivos (OIG, 2020). O índice brasileiro que já era alto aumentou para 64,5 (BRASIL, 2019). Além deste cenário, estima-se que para cada morte materna ocorre até 20 casos morbidade materna grave ou quase morte (*near miss* materno), e desses casos, até um quarto dessas puérperas sofrem sequelas graves e permanentes (OPAS, 2012).

A morbidade materna grave significa “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação” (OMS, 2011, p. 20). Já a morte materna é definida como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela (BRASIL, 2009, p.12).

O alto índice de mortalidade materna grave se relaciona com complicações na gestação e parto (GDB 2013 Risk Factor, 2015). A presença de complicações ou identificação de fatores de riscos classifica a gestação como de alto risco, sendo “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL, 2012, p.11). São diversos os fatores que podem caracterizar a gestação de alto risco, sendo as mais prevalentes as síndromes hipertensivas da gravidez (pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão crônica), e os fatores prevalentes na RMM em primeiro lugar se encontra

as síndromes hipertensivas, seguido de hemorragias graves, infecções puerperais, complicações no parto e aborto incompleto (OPAS, 2018).

As condições sociais e econômicas dessas mulheres são identificadas na literatura acadêmica. Fernandes et al. (2020) por exemplo, no estudo transversal sobre a avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras (Campinas n = 405; Fortaleza n = 401; Porto Alegre n = 391 e São Paulo n = 689), nas 1.886 gestantes entrevistadas nos serviços de atenção ao alto risco, foi identificado que a maioria dessas mulheres tinha idade entre 19 e 35 anos (66,97%), com 9 a 12 anos de estudo (65,53%), autodeclararam-se pardas (à exceção de Porto Alegre) e não possuíam plano de saúde e/ou convênio médico (89,66%).

Quando comparado a estudos anteriores e de menor número amostral os dados se convergem. Rodrigues et al., (2017) em sua pesquisa descritiva realizada com 68 gestantes de alto risco em duas maternidades públicas de referência no Ceará, identificou que a idade variou entre 15 e 41 anos, 22,1% têm ensino médio completo e 22,1% ensino médio incompleto e 44,1% declararam união estável. Em outro estudo descritivo, Costa e Silva et al., (2013) com objetivo de compreender o processo de hospitalização na ótica da gestante de alto risco, identificou entre as 10 entrevistadas a predominância da etnia negra, idade entre 20-35 anos, situação conjugal de união estável e baixo nível escolar.

Neste contexto, destacam-se as complicações vivenciadas no período gravídico-puerperal como um dos principais fatores facilitadores e propiciadores da mortalidade materna e da morbidade materna grave. Sendo as causas da morbimortalidade materna consideradas evitáveis e estão fortemente relacionados à assistência prestada durante a gestação, o parto ou o puerpério (BRASIL, 2019). Desta forma, urge compreendê-las, pois

Conhecer esses dados e as características das mulheres que experimentaram esses agravos pode ajudar a melhorar a qualidade da assistência, em especial as urgências obstétricas e reduzir os óbitos maternos (DIAS et al., 2014, p.170).

Apesar da literatura sobre a temática, as percepções das mulheres sobre estas experiências não foram muito aprofundadas e é sobre esta lacuna que me debruço, sob a ótica dos estudos de abordagem sócio antropológica acerca da experiência da enfermidade. Deste modo, o objetivo do presente trabalho foi compreender as percepções das puérperas sobre as complicações que vivenciaram na gestação, parto e pós-parto no Distrito Federal.

2. JUSTIFICATIVA

A proposta de pesquisa surgiu de experiências obtidas nas disciplinas “Modelos de Atenção à Saúde” e “Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas em Saúde”, ambas ministradas na Universidade de Brasília *campus* Ceilândia, onde tive a oportunidade de trabalhar com o assunto aqui apresentado.

Nas últimas décadas, a saúde das mulheres e infantil ganharam destaque nas pesquisas científicas devido ao foco dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (PNUD, 2001). A diminuição da taxa de morbimortalidade materna e infantil é trazida como o quinto objetivo de melhoria da saúde reprodutiva das mulheres nos países em desenvolvimento, que apresentavam taxas de mortalidade materna de 141 por 100 mil nascidos vivos. Assim, foi estabelecida a meta de reduzir em 75% as mortes maternas até o ano de 2015 em contexto mundial, o que não foi alcançado.

Em 2015, foi elaborada a agenda “Transformando o Nosso Mundo: A Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” (PNUD, 2015), constituída por 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), que coloca a saúde materna como objetivo três, visando a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos. Neste contexto, o Brasil definiu como meta a redução para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030.

Para alcançar este objetivo, são necessários serviços qualificados para as gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, a fim de diminuir as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, materna e neonatal, e fortalecer os sistemas de saúde para a coleta de dados de alta precisão. As pesquisas científicas servem para monitorar e buscar estratégias para entender a complexidade da saúde reprodutiva, e compreender o cuidado a partir dos recursos físicos, humanos e tecnológicos.

Há diversidades sobre o gestar das mulheres, principalmente quando se trata de classes sociais, localidades residenciais, entre outros determinantes, o que nos remete a específicas necessidades e perspectivas em saúde.

A graduação em Saúde Coletiva, criada no Brasil em 2009, veio com o objetivo de levantar e analisar cenários para formular estratégias em saúde. Tem como base o Sistema Único de Saúde (SUS) e os subsistemas privados de atenção à saúde. Sendo assim, os profissionais sanitaristas são capacitados a conhecer as perspectivas em saúde e apontar soluções e saídas, desenvolvendo estudos,

produzindo conteúdo para aprimorar as gerências dos serviços como planos, programas, e até mesmo trabalhando na ponta dos sistemas de saúde (PPP, 2009).

A importância de pesquisas acadêmicas, sobre complicações e situações vivenciadas durante todo o período gravídico-puerperal é de imensa utilidade para o sistema de saúde de um país, principalmente quando se trata de trazer a perspectiva das protagonistas desse processo.

Portanto, justifica-se a necessidade da realização de estudos que abordem complicações e riscos no período gravídico-puerperal e na perspectiva das protagonistas, de modo que se conheça com maior profundidade as percepções e o decorrer dessas vivências no sistema público e no sistema privado de saúde do Distrito Federal. Desse modo, além de refletirmos sobre estratégias viáveis e fidedignas a essa realidade, transmitiremos para o leitor uma pequena amostra da realidade brasileira.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde reprodutiva das mulheres no Brasil e Distrito Federal

Ao longo da história, a saúde da mulher foi resumida à saúde reprodutiva, onde as políticas e diretrizes de atenção à mulher se referiam apenas ao desenvolvimento hormonal e gravidez, ou seja, à saúde materna. É importante destacar que a perspectiva de gênero em saúde no Brasil se deu através do movimento feminista iniciado em 1970, que por meio de organização e luta das mulheres, foi possível expandir seus direitos, direitos estes que se limitavam à área materno-infantil, e desta forma passavam a maior parte de suas vidas sem assistência à saúde. Diante do auge desse movimento, deu-se início a uma nova organização em saúde das mulheres não mais resumida à saúde materna (COSTA, 2009), por meio da criação em 1984 do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde:

Que inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004, p.17).

Deste modo, ao entendermos a saúde da mulher como um dos resultados no processo de conquista de voz e espaço político perante um histórico patriarcal que resumia o papel social da mulher em ser mãe, compreendemos então que a saúde reprodutiva é uma das áreas de atenção à saúde da mulher. Assim, utilizaremos a nomenclatura saúde reprodutiva das mulheres pela consciência de seu peso e papel essencial na garantia da redução dos índices de morbimortalidade materna.

Em relação à atenção ao pré-natal, parto e nascimento, é significativo o avanço da sociedade e suas tecnologias, sendo esses avanços conquistas importantes para que mulheres e os recém-nascidos tenham a possibilidade de passarem pelo processo gravídico-puerperal com maior qualidade. Porém, apesar dessa evolução, ainda temos obstáculos antigos no caminho.

No Brasil, a mais recente e mais popular diretriz de atenção à saúde reprodutiva das mulheres é a Rede Cegonha (RC), publicada pela Portaria nº 1.459 em 24 de junho de 2011, como forma de complementar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Vale ressaltar que depois do PAISM, o PHPN foi umas das grandes conquistas pelo ativismo feminista, pois foi através

dele que se iniciou o processo de decisão das mulheres relacionadas ao parto, direitos reprodutivos e sexuais (BRASIL, 2000).

A RC veio para assegurar a mulher esses direitos, e enfatizar a necessidade de uma atenção humanizada e qualidade de vida na gestação, parto e puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro, e também o crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011). Que reflete o gênero como aquele que se estabelecer como categoria e se revela como um convite ao compromisso político com as mulheres, e sua potência está na possibilidade de oferecer novos ângulos e compreensões em todas as áreas do seu cotidiano, sobretudo no âmbito da saúde (DINIZ, 2009).

No país, embora tenhamos uma linha temporal de criação e aprimoramentos de diretrizes de atenção à saúde reprodutiva das mulheres, ainda nos deparamos com problemáticas persistentes, pois apesar da redução da RMM entre os anos de 1990 a 2011, os números não só da RMM como também de morbidade materna grave continuam muito altos em comparação aos de países considerados desenvolvidos (BRASIL, 2019).

As possíveis explicações para a alta RMM são: má qualidade dos serviços de saúde em relação ao pré-natal; falta de referência e contrarreferência entre a APS e outros níveis de atenção devido à falta de serviços ou superlotação; e ao aumento da proporção de cesarianas, que aumentam os riscos e agravos em saúde (DOMINGUES, 2016).

Enquanto que para a morbidade materna grave, são: ausência de realização de pré-natal; busca de duas ou mais maternidades para assistência ao parto; complicações clínicas ou obstétricas; e tipo de parto, como a cirurgia cesariana eletiva e o uso do fórceps (DOMINGUES, et al., 2016). Dias et al. (2014) também associou a morbidade materna grave com a idade materna de 35 anos ou mais; histórico de cirurgia cesariana anterior; e gestação de alto risco.

O panorama da rede de assistência pública à saúde reprodutiva das mulheres no Brasil associado a esses índices, revelam desigualdades em todas as esferas diante do cenário de relações sociais e desigualdades de poder que refletiram no processo de elaboração e produção de uma assistência à saúde das mulheres restrita e machista. Junto a necessidade de refletirmos sobre gênero em saúde, é importante também elencar outras dimensões presentes nessa hierarquia de valores, como a raça/cor, escolaridade e classe social, abordado pela perspectiva interseccional (DINIZ, 2009).

A perspectiva interseccional em saúde busca levantar e discutir relações históricas e culturais de privilégios e de poder de acordo com raça/cor, classe e gênero e seus impactos positivos e negativos que refletem na saúde dos indivíduos através da distribuição, oferta e qualidade dos serviços ofertados (MULLINGS, 1995).

Domingues et al., (2016) associaram a ausência de assistência ao pré-natal e o menor número de consultas à baixa escolaridade, raça/cor preta ou parda, sem a presença do companheiro e maior número de gestações anteriores. Viellas et al. (2014) revelaram que, apesar da universalização da cobertura do pré-natal no país, ainda há desafios na assistência, sendo a baixa adequação o maior deles, que foi relacionado à faixa etária adolescente, principalmente as menores de 15 anos, maior risco gestacional, baixa escolaridade, raça/cor indígena e preta, maior número de gestações anteriores e residentes das regiões Norte e Nordeste do país.

Nos dois estudos supracitados, as mulheres com maior escolaridade e melhores condições socioeconômicas foram assistidas pelo pré-natal quase que exclusivamente pelo sistema privado de saúde e pelos mesmos médicos que assistiram seus partos, nos revelando o padrão de organização desse sistema. Em relação à gestação de alto risco de usuárias de menores condições socioeconômicas, revelou-se problemas na articulação da assistência, ocasionando o não atendimento ou atendimento sem qualidade, revelando barreiras na organização e comunicação em saúde entre as complexidades existentes no SUS (DOMINGUES et al., 2016; VIELLAS, et al., 2014).

Sobre o panorama de saúde reprodutiva no Brasil, de acordo com o Saúde Brasil 2019, em 2017 o maior percentual de cesariana em mães com idade maior do que 15 anos foi na Região Centro-Oeste. Ainda nesse estudo, 62,3% das parturientes foram da raça/cor negra e as maiores proporções de mães com idade entre 10 a 14 anos foram nas regiões Norte e Nordeste, sendo o Nordeste a região do menor nível de escolaridade (sem instrução ou ensino fundamental) entre as gestantes e puérperas, enquanto as mães com idade igual ou superior a 35 anos são mais frequentes nas regiões Sudeste e Sul do país (BRASIL, 2019).

A pesquisa “Nascer no Brasil” demonstrou que essa atenção no panorama nacional tem se consolidado de forma insensível e dolorosa para as gestantes e suas respectivas famílias. Mulheres de todas as classes sociais não tem tido o parto e nascimento de forma natural e acolhedora. Gestantes de mais elevado nível social, tem colocado a cirurgia cesárea como alternativa de minimização do sofrimento, o que, por conseguinte, leva a desvantagens tanto para as mães como para seus filhos com menos de 39 semanas. Já as mães de menor nível social, permanecem nos hospitais públicos em trabalhos de parto dolorosos e extremamente medicalizados (LEAL et al., 2014).

Nicida et al. (2019), assinalaram os conceitos de medicalização e humanização da assistência ao trabalho de parto e parto mais prevalentes na literatura. A medicalização é aquela assistência caracterizada pela excessiva presença de intervenções da equipe, que através de procedimentos e tecnologias médicas se desvinculam das boas práticas, enquanto a humanização é o seu antônimo,

compreendendo o parto como um evento natural e fisiológico, que não precisa de demasiadas intervenções.

D'orsi et al. (2014), apontam as desigualdades sociais relacionadas à satisfação das mulheres com o atendimento ao parto, que expressam diferenças de percepções entre as regiões do país, níveis de escolaridade, raça/cor e condição socioeconômica. As mulheres de maior nível social tiveram resultados significativos em comparação com as de menor poder socioeconômico, por exemplo menor tempo de espera no atendimento, tratamento horizontal, privacidade nos procedimentos clínicos, escuta ativa e autonomia nas decisões, o que aflige diretamente princípios do SUS, como a equidade no cuidado à saúde (D'ORSI et al., 2014).

Cabe agora, levantar o panorama da assistência ao puerpério, pois a atenção adequada à saúde reprodutiva das mulheres é assegurada desde a descoberta da gravidez e se estende até o puerpério remoto.

O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: imediato (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia) (BRASIL, 2001, p. 175).

Desta forma, deve-se refletir sobre a qualidade da assistência puerperal, o que pode revelar as boas práticas ou as falhas no pré-natal, quando o vínculo mulher-profissional se estabelece através da boa conduta e de recursos disponíveis nos equipamentos de saúde.

Em relação a literatura, não foram encontrados estudos em escala nacional sobre assistência no puerpério como os encontrados no período gestacional e parto, mas há autores que levantaram realidades regionais. Genovesi et al. (2020), analisam a realidade de um município do Paraná, com amostra de 357 puérperas, revelando o índice de adequação superior no retorno puerperal tardio, no qual o retorno puerperal imediato se apresentou inferior do preconizado pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Gonçalves et al. (2019) por sua vez, ao falarem da realidade da assistência puerperal de um município de São Paulo, com 572 puérperas, revelaram que 24,8% delas não realizaram consulta de puerpério. Junto a este dado, foram encontrados alguns fatores associados, como: menor renda; baixa escolaridade; presença de alguma comorbidade durante a gestação; realização do pré-natal em serviço público; e não uso de método anticoncepcional no puerpério.

Fusquine et al. (2019), através dos relatos de 65 puérperas, de 18 a 30 anos, de um município do Mato Grosso do Sul, observaram que a maioria delas possui baixa escolaridade, usa transporte público e tem histórico de gestações anteriores. Também foi constatado nesta pesquisa que 43% apresentaram complicações na gestação ou parto, 72% participaram de todas as consultas pré-natal

e 75% não tinham conhecimento sobre o que é puerpério. Os resultados revelam que a baixa adesão às consultas puerperais está diretamente relacionada ao tipo de atenção e nível de orientação recebida no pré-natal.

Esses estudos, demonstram fragilidades na atenção ao puerpério, em que a baixa adesão, ausência de visitas domiciliares pelo serviço, entre outros fatores, possibilitam maiores chances de morbimortalidade materna, pois a falta da consulta revisional pós-parto ocasiona à não identificação de fatores de risco, e aumenta as chances de desmame precoce por dificuldades enfrentadas pelas puérperas, e também a não utilização de métodos anticoncepcionais pela falta de orientação profissional (GENOVESI et al., 2020; GONÇALVES et al., 2019; FUSQUINE et al., 2019).

Ao sairmos do cenário nacional e levantarmos a realidade da saúde reprodutiva das mulheres do Distrito Federal (DF). A população estimada dessa região é de aproximadamente 3,0 milhões de habitantes, em que cerca de 65% da população é usuária dos serviços públicos de saúde (CODEPLAN, 2015), verifica-se que a cesariana é o tipo de parto mais realizado, tanto no setor privado quanto no público (CARVALHO, et al., 2019). O DF apresenta RMM de 77,5 (BRASIL, 2020), ou seja, maior que a RMM nacional.

Vale destacar que o DF criou e publicou a Portaria SES-DF n° 342 de 28 de junho de 2017, intitulada “Protocolo de Pré-Natal de Risco Habitual e Puerpério na APS da SES-DF” a fim de melhorar a assistência à saúde reprodutiva das mulheres. Essa portaria prioriza a realização do rastreamento de indicadores de risco gestacional; atualização do calendário vacinal e profilaxia de acordo com as normativas; aconselhamento e educação em saúde; garantia de acesso aos profissionais de saúde sempre que necessário; vinculação precoce ao pré-natal no primeiro trimestre realizando, no mínimo, 7 consultas; registro de todos os dados na Caderneta da Gestante; atualização de dados mensalmente, nos sistemas de informação vigentes; medição da altura uterina em todas as consultas e; principalmente, a apresentação de informações e argumentos que sensibilizem gestores e profissionais de saúde para a importância do envolvimento ativo dos homens em todo o processo de planejamento reprodutivo e no acompanhamento da gestação, parto, puerpério e cuidados posteriores com o crescimento e desenvolvimento das crianças (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2017a).

Em relação ao cenário, Gottens et al. (2015) apresentam fragilidades nessa rede na atenção ao pré-natal, em especial na Região Sudoeste de Saúde. Essa região de saúde é responsável pelas regiões administrativas Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia, cidades satélites, com diferentes perfis sociodemográficos, do Distrito Federal. As articulações entre os diferentes pontos de atenção e a qualidade do cuidado apresentaram resultados

insuficientes, apesar de conter todas as unidades assistenciais da rede. Os pontos fracos apontados foram: fragilidade na captação precoce das gestantes nos territórios; insuficiência no número mínimo de consultas recomendado pelos protocolos; emissão tardia dos exames realizados; profissionais que acompanham as gestantes no pré-natal não são os mesmos que assistem/participam do trabalho de parto e parto, mesmo nas gestações de alto risco; e ausência de acompanhante no trabalho de parto e parto.

Rocha (2016), analisa as opiniões de profissionais de saúde sobre o processo de referência e contrarreferência de gestantes de alto risco no cenário da Região Oeste de Saúde. Essa região de saúde é responsável pelas regiões administrativas Ceilândia, Sol Nascente e Brazlândia, cidades satélites periféricas do Distrito Federal. O autor nos mostra elementos que dificultam esse processo: o impacto do número mínimo de profissionais no atendimento na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); grande quantitativo de gestantes de baixo risco sendo referenciadas pelas equipes de saúde da família (ESF) diretamente para a AAE; resistência dos médicos especialistas compartilharem o acompanhamento da paciente com os médicos da APS; e a falta de diálogo entre a ESF e os profissionais dos outros níveis de atenção.

Em relação a assistência ao parto e nascimento nos hospitais públicos do DF, Carvalho et al. (2019) revelaram que a organização da RAS apresentou pontuações baixas em comparação entre os profissionais e entre os hospitais, apontando um modelo de atenção materna infantil fragilizado, relacionado à falta de território definido, entre outras carências, como: ofertas de ações educativas, articulação com os outros locais de parto e de pré-natal de baixo risco, insuficiência de equipes e leitos e ambiência das maternidades.

O SUS no Distrito Federal, assim como todos os outros locais onde o SUS se faz presente, apresenta desafios e situações a serem superados para que assim o sistema ofereça atenção integral e de qualidade à sua população. A implantação e implementação da RAS no sistema para a devida assistência à gestação ainda está em processo de adaptação, pois diferentes regiões de saúde possuem específicas demandas para o êxito da estratégia.

O cenário da saúde reprodutiva das mulheres se caracteriza como um bom indicador para avaliar as condições de saúde dessa população, onde as taxas elevadas de morbidade materna grave e mortalidade materna indicam a oferta, acesso e qualidade de cuidado nos sistemas de saúde, seja público ou privado do país (BRASIL, 2000).

Deste modo, partimos das percepções das protagonistas dessas vivências para a realização deste trabalho: as puérperas. Conhecemos, através destes relatos, as disparidades tecnológicas de cada região, perfis socioeconômicos, entre outras variáveis. Com estes dados analisados, é possível

a realização do monitoramento e avaliação de políticas públicas, assistência ofertada, e, por conseguinte, o desenvolvimento de estratégias para melhoria do cuidado à saúde reprodutiva das mulheres (DIAS, et al., 2014).

3.2 Gestação de alto risco: a definição biomédica e as percepções das puérperas

Desde o final da década de 1990 e início dos anos 2000 discute-se a organização, níveis de atenção e comunicação no SUS. Diante desse cenário foi estabelecido a necessidade de construção das regiões de saúde, que vieram a ser desenvolvidas e colocadas em prática como estratégias em saúde em 2006 a partir do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

Anos mais tarde, publica-se a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que determina as diretrizes para a organização dessa rede, a fim de melhorar a comunicação e fragmentação da atenção à saúde (BRASIL, 2010). Uma das cinco redes temáticas priorizadas pela proposta da RAS foi a RC (BRASIL, 2011).

Em relação a RC, é previsto assistência de pré-natal para baixo e alto risco na APS e serviços especializados para este período gravídico, atendimentos obstétricos e partos para gestações de risco habitual e alto risco, como também assegura leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna e neonatal, assim como outros cuidados e apoios para a mãe e bebê (BRASIL, 2011).

Em conformidade com essa diretriz, criou-se a Portaria nº 1.020 de 29 de maio de 2013 que prevê a Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e adiciona serviços de referência a gestação de alto risco, que inclui a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (BRASIL, 2013).

Para a devida assistência ao pré-natal às gestantes de alto risco, o cuidado é específico, tanto no pré-natal como no parto e puerpério. Deste modo, a APS deve ser apoiada e complementada por diferentes níveis de atenção através da RAS, que integra o cuidado pelas diferentes densidades tecnológicas entre os serviços a fim de propiciar uma atenção adequada e de qualidade. A gestante é referenciada para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) ou até mesmo à Atenção de Alta Complexidade (AAC) a partir do momento que é classificada como gestação de alto risco, ao tempo que continua seus cuidados na APS e usufrui do cuidado compartilhado (BRASIL, 2000).

Assim, a assistência à saúde reprodutiva da mulher se inicia na APS e nas consultas pré-natais avalia-se as condições da gestante para a classificação de risco. A gestação de risco habitual é aquela que não apresenta fatores de risco individual, sociodemográfico e histórico reprodutivo anterior, doença ou agravo que possa interferir negativamente na evolução da gravidez e desta forma seu

acompanhamento será feito pela APS, em sua UBS de referência, tendo no mínimo 6 consultas ao longo do desenvolvimento gestacional (BRASIL, 2000).

Para a correta classificação de risco gestacional, os marcadores e fatores de risco presentes no período gestacional e anteriormente à gestação, guiam a abordagem biomédica e se dividem em características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, como: situação conjugal insegura, conflitos familiares, dependência de drogas lícitas ou ilícitas que se configura como hábitos de vida (fumo, álcool e outras drogas), exposição a riscos ocupacionais (esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agente físicos, químicos e biológicos nocivos e estresse) e condições de moradia como a falta de saneamento básico (distribuição de água potável, coleta e tratamento de esgoto, drenagem urbana e coleta de resíduos sólidos) (BRASIL, 2012). Outros fatores também são decisivos para avaliar uma gestação e, de forma detalhada, listamos abaixo esses fatores de acordo com o Manual de Técnico de Gestação de Alto Risco de 2012.

Condições clínicas: Mulheres de idade maior que 35 anos, sejam elas primíparas ou múltíparas; mulheres menores de 15 anos; menarca há menos de 2 anos; altura menor que 1,45m; peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg de acordo com o cálculo de Índice de Massa Corpórea (IMC); e outras questões anatômicas como anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos (BRASIL, 2012)

Histórico reprodutivo da mulher: o histórico reprodutivo da mulher deve ser levado em consideração no momento do acolhimento, e são levantando vivências, como: abortamento habitual, morte perinatal explicada e inexplicada, histórico de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado, parto pré-termo anterior, esterilidade ou infertilidade, intervalo menor que dois anos ou maior que cinco anos entre as gestações, nuliparidade e grande multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, diabetes gestacional e cirurgia uterina anterior incluindo duas ou mais cirurgias cesárea (BRASIL, 2012).

Comorbidades preexistentes: não podemos deixar de lado as enfermidades já existentes, como: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias, principalmente diabetes e tireoidopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas (situações epidemiológicas locais, e mundiais como a COVID-19), doenças autoimunes, ginecopatias e neoplasias (BRASIL, 2012). Cabe ressaltar a importância da equipe de saúde se atentar também às vulnerabilidades específicas de cada população, como é o caso da população negra, que prevalece a hipertensão arterial, diabetes tipo II, anemia falciforme e traço falcêmico (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2017a).

Por fim, existem outras situações e condições que surgem no decorrer da gestação que a classifica como de alto risco, por exemplo o desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro, gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclampsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, hemorragias ocasionadas da gestação, insuficiência istmo-cervical, aloimunização e óbito fetal e intercorrências clínicas, sendo elas doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.) e doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias) (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, além de conhecermos a classificação de gestação pela abordagem biomédica sobre risco, observamos que o uso dos termos como risco habitual, alto risco, entre outras terminologias da classificação se encontram no âmbito clínico e científico do cuidado à saúde reprodutiva das mulheres, o que possibilita a reflexão sobre a noção clínica e a noção das puérperas.

Deste modo, para apresentarmos a percepção das mulheres sobre o risco e complicações na gestação, partiremos da teoria de Alves (1993; 2006) que entende a enfermidade como um processo subjetivo e intersubjetivo. De um lado, é a sensação, a experiência do mal-estar físico e/ou psíquico, do desconforto por algo não ir bem consigo próprio. Por outro lado, a percepção e compreensão da enfermidade é mais complexa, pois não depende necessariamente da experiência em si, mas de sua significação a partir das interpretações advindas da vida cotidiana dos sujeitos.

A enfermidade é subjetivamente dotada de sentido, na medida em que é afirmada como real para os membros ordinários da sociedade. É real porque é justamente originada no mundo do senso comum. [...] É importante lembrar que todo significado só é lógico para o indivíduo porque é socioculturalmente legitimado pelos seus semelhantes. [...] Assim, para uma compreensão adequada da enfermidade, deve-se levar em conta tanto seus aspectos subjetivos, o que determina um mundo de diferenças interpretativas, como seus aspectos intersubjetivos, o que a torna “objetiva” para o outro (ALVES, 1993, p. 269).

O autor tenta compreender e problematizar como os sujeitos vivenciam uma “experiência de sentir-se mal”, e cita os termos parsonianos *disease* e *illness*, para entendermos melhor a existência de duas percepções. *Disease* remete a percepção do processo patológico institucionalizado ou do próprio profissional de saúde. No caso deste estudo, seguiria a lógica da ótica biomédica baseada no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco anteriormente apresentado. Já o segundo termo, *illness*, remete “à percepção subjetiva dos indivíduos e, nesse sentido, envolve questões morais, sociais, psicológicas e físicas” (ALVES, 2006).

Nessa perspectiva, Alves (1993) recupera a teoria de Mechanic (1968) intitulado “comportamento do enfermo” no qual há ações resultantes da percepção da enfermidade e que se encontram divididas em três tópicos: 1) a identificação e definição dos sintomas e dores baseados nos significados e rótulos sociais, ou seja, deriva do desconforto ocasionado pelos sintomas sofridos,

em seguida da identificação desses sintomas legitimados pelos conhecimentos populares e principalmente clínicos e científicos e que desta forma são legitimados. 2) procura pela ajuda profissional é acionada e a relação paciente-profissional é iniciada, e por fim, o 3) em que a realidade do enfermo é alterada em prol do restabelecimento da saúde (ALVES, 1993).

De forma complementar o autor relembra a abordagem coletivista de Zborowski (1952) e Zola (1973), que não apenas a vivência em si da experiência da enfermidade é um processo construtor, mas também onde se vive, com quem se relaciona, como se relaciona e como se percebe na sociedade, ou seja, é um processo muito mais profundo, em que o social está inteiramente interligado em suas diversas facetas com a percepção individual, com o valor empregado na enfermidade e o seu comportamento diante dela, ou seja, os autores que trouxeram os determinantes sociais como os principais influenciadores nos valores e atitudes frente a doença (ALVES, 1993).

Outra complementação ao “comportamento do enfermo” feita por Alves foi a referência a Herzlich (1973) com as “representações sociais” que são definições e nomeações, por indivíduos ou grupos, dos diferentes aspectos presentes na realidade e que a partir deles são feitas as interpretações e em seguida as decisões sobre a enfermidade. As representações sociais com o ato do enfermo em descrever e explicar sua condição em saúde apoiando-se em conceitos, referências, trajetórias de vida, de acordo com sua cultura e grupo em que pertence, resultando na sua interpretação e conduta perante a enfermidade (ALVES, 2006).

Outro importante fator construtor da percepção são os meios em que as pessoas adquirem seus conhecimentos médicos, por exemplo, as anteriores e atuais vivências paciente-profissional. Vale ressaltar que, essa percepção baseada no relacionamento médico sempre estará em construção e reconstrução ao longo da vida individual e coletiva em decorrência das diversas experiências possíveis de vivenciar e aprender, principalmente pela ciência em saúde ter contínuas descobertas (ALVES, 1993).

Langdon (2013), em sua obra trouxe Kleinman (1978) que apresenta a percepção sobre a doença constituída por um sistema de saúde composto por três categorias: o profissional, o popular e o familiar (leigo), construídos através de fontes diferentes, mas que interagem entre si em prol da saúde do indivíduo. Ao nos depararmos com as construções das estruturas das percepções, entendemos a complexidade dos processos de interpretações, pois cada indivíduo e grupos com suas vivências e experiências atribuem diferentes percepções as suas enfermidades, aflições e conseqüentemente de suas condutas (LANGDON, 2013).

O processo de desenvolvimento da percepção envolve crenças, experiências, culturas, entre outras construções sociais, fora a própria experiência da enfermidade, e essa construção diz tudo

sobre como nos auto-observamos e respondemos às enfermidades, sendo este outro processo construtor de vivências e conseqüentemente da percepção (ALVES, 1993).

Enquanto a medicina expõe e consolida a doença como individual e morfofisiológica, os antropólogos levantam e provam que a doença é também social e influenciável de acordo com o meio e realidade em que se vive. Desta maneira, a doença não é apenas a perspectiva do médico de família/obstetra ou a perspectiva da puérpera, mas sim os dois em conformidade, que requer interação e comunicação para através dos significados ir em busca da cura (LANGDON, 2013).

Para ilustrar essa discussão, Andrade e Vieira (2018), apresentaram os caminhos em saúde percorridos pelas gestantes de alto risco, e associaram diretamente suas decisões e ações à percepção de sua enfermidade, percepções essas influenciadas por aspectos culturais e de disponibilidade de recursos financeiros, o que levanta a complexidade da interpretação até as atitudes para o restabelecimento da saúde.

Portanto, notamos que o período gravídico-puerperal acompanhado de complicações é um período intenso de construções, representações e interpretações em saúde que podem ser analisadas através de relatos de puérperas que vivenciaram tais condições em suas últimas gestações que, diante de suas vivências e de seus processos individuais e sociais de construção da percepção, incluindo os relacionamentos paciente-profissional anteriores e do atual período gravídico-puerperal, pode-se compreender suas interpretações e condutas perante as comorbidades vivenciadas.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Compreender as percepções das puérperas sobre as complicações que vivenciaram na gestação, parto e pós-parto no Distrito Federal.

4.2 Específicos

- Analisar as perspectivas das puérperas sobre os cuidados recebidos por profissionais do sistema de saúde público e privado do Distrito Federal;
- Investigar as relações dos determinantes sociais em saúde com as percepções das mulheres sobre a experiência vivida.

5. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, que pretende aprofundar no universo das vivências e seus significados, permitindo assim a descrição da realidade e de fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006). Esse estudo insere-se na pesquisa intitulada “Saúde das Puérperas do Distrito Federal” que buscou compreender a assistência à saúde das mulheres no puerpério, segundo as suas percepções, no Distrito Federal.

A pesquisa contou com 24 puérperas residentes do Distrito Federal e foram contatadas, primeiro, pelo método “bola de neve” (VINUTO, 2014) – por meio do qual inicia-se com o nosso círculo social mais próximo e as pessoas contatadas indicam outras pessoas, e assim sucessivamente – e, em seguida, pela elaboração de mensagens de convite padrão que foram divulgadas em grupos de mensagens instantâneas, páginas e perfis de grupos de redes sociais. Os critérios de inclusão foram: residir no Distrito Federal, vivenciar o puerpério e aceitar participar da pesquisa.

Neste estudo, o escopo de análise se restringiu aos relatos de 13 puérperas que apresentaram complicações em suas gestações, parto e pós-parto. Algumas puérperas tiveram suas gestações diagnosticadas como de alto risco, outras vivenciaram complicações somente no parto e pós-parto, além daquelas que se encontravam em extrema vulnerabilidade social. Desta forma, utilizamos o termo complicações para abranger condições clínicas e sociais que refletiram em riscos obstétricos.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas nos locais e horários de preferência das participantes, prevalecendo suas residências, no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020 e tiveram em média de duração de 58 minutos. O roteiro da entrevista continha diversas perguntas (ANEXO I), mas utilizamos as respostas das perguntas referentes ao objetivo deste trabalho, que foram: planejamento da gravidez; complicações e riscos na gravidez, parto e puerpério; parto e planejamento do parto; oferta e distribuição dos serviços de saúde; relato da assistência no puerpério; cuidado e acompanhamento de complicações; atendimento dos profissionais de saúde e; diferenças entre serviço de saúde público e privado.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO II), e o termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa (ANEXO III). Antes de iniciarmos foi enfatizado que poderiam interromper a entrevista por qualquer motivo a qualquer momento, sem prejuízos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Depois da leitura do conteúdo transcrito, foi estabelecido pseudônimos de mulheres lendárias e deusas da mitologia que marcaram a história da humanidade, escolha essa feita para demonstrar o poder feminino, principalmente por se tratar de mulheres mães, e, deste modo, preservar suas identidades. Para o processamento dessas transcrições, utilizou-se o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* versão 0.7 alpha 2 (IRAMUTEQ), programa gratuito e desenvolvido pelo francês Pierre Ratinaud em 2009, que possibilita análises estatísticas e lexicográficas sobre *corpus* textuais e tabelas no padrão *8-bit Unicode Transformation Format* (UTF-8).

O IRAMUTEQ possibilita diferentes processamentos e análises de dados, seja no formato de tabelas ou *corpus* textuais, permitindo que o/a pesquisador/a trabalhe com grandes volumes de materiais. As análises identificam a quantidade de palavras, sua frequência e repetições. O método de análise foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que - a partir de partes do texto, ou seja, parágrafos ou linhas separados ou divididos, chamado segmentos de texto é feita a classificação em função dos vocabulários e o conjunto é repartido de acordo com a frequência maior ou igual a 3,96 e qui-quadrado igual ou maior que 3,84 são agrupadas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

De acordo com Camargo e Justo (2013), cada entrevista é denominada de Unidade de Contexto Inicial (UCI) e quando operados pelo *software* dão origem as Unidades de Contexto Elementar (UCE) ou os chamados segmentos de texto que compõem cada classe. Esse tipo de análise busca os segmentos de textos, fazendo com que o vocabulário semelhante e o vocabulário diferente dos segmentos formem classes passíveis de leituras e interpretações de acordo com suas proximidades.

O *corpus* textual trata-se de construção feita pelo/a pesquisador/a que irá adaptar os conteúdos a serem analisados para a linguagem do *software*, que inclui diversas particularidades. Na construção do único *corpus* textual analisado no presente estudo foram incluídas as 13 entrevistas. Em cada entrevista as falas das mulheres foram separadas por duas grandes temáticas. Tema 1: complicações/risco e percepção das complicações na gestação, parto e puerpério, e Tema 2: cuidado e acompanhamento de complicações na gestação, parto e puerpério.

Antes de chegarmos nesse único *corpus*, foram produzidos e testados diferentes *corpus* com variados recortes, como: plano de saúde, sistema de saúde utilizado, raça/cor e via de parto, porém nenhum deles apresentaram tamanha porcentagem de aproveitamento dos segmentos de textos identificados como no *corpus* único supracitado.

Após o processamento do *corpus* pelo *software*, analisamos o dendrograma, produto da análise CHD. O dendrograma representa a quantidade e composição léxica das classes a partir do

agrupamento de acordo com a frequência dos vocabulários. Além dessa análise, utilizamos uma pequena representação da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que faz o cruzamento entre o vocabulário de acordo com a frequência de palavras e as classes, e assim gera uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa segue as Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016 e foi aprovado no dia 27/06/2019 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília (CEP-FCE/UnB) sob parecer nº3.421.615.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização sociodemográfica, condições obstétricas das puérperas e utilização de serviços de saúde

A idade das 13 participantes que vivenciaram complicações em algum momento do período gravídico-puerperal variou de 18 a 38 anos. No que se refere ao grau de instrução das entrevistadas, prevaleceu o ensino superior (6), ensino médio (3), ensino fundamental (3) e pós-graduação (1). As ocupações foram: estudante (3), dona de casa (2), advogada (1), analista (1), cabelereira (1), contadora (1), enfermeira (1), médica (1), professora (1) e técnica de enfermagem (1).

As informações de raça/cor foram autodeclaradas e, posteriormente, agrupamos as mulheres, de acordo com a classificação do IBGE. Assim, 8 eram negras, sendo 7 pardas e 1 preta, 4 brancas e 1 amarela. Em relação à localidade de residência foram: Ceilândia (3), Águas Claras (2), Guará (1), Jardim Botânico (1), Lago Sul (1), Park Way (1), Recanto das Emas (1), Samambaia (1), Sol Nascente (1) e Taguatinga (1). No que se refere ao número de filhos a maioria era primípara (7), seguido de mãe de 2 (4) e por fim mães de 6 e 7 filhos (2). Já em relação ao estado conjugal apenas 1 participante se declarou solteira, as outras 12 estavam com seus companheiros.

Quadro 1- Características sociodemográficas e paridade das participantes

Puérpera	Faixa etária (*)	Raça/cor IBGE	Escolaridade	Ocupação	Região Administrativa da residência	Nº de filhos
Eva	02	Parda	Superior completo	Técnica de enfermagem	Samambaia	02
Ísis	01	Preta	Superior incompleto	Estudante	Ceilândia	01
Deméter	02	Branca	Pós-graduação completo	Professora	Lago Sul	01
Coré	02	Branca	Superior completo	Contadora	Park Way	02
Afrodite	02	Parda	Superior completo	Analista	Águas Claras	01
Circe	01	Branca	Superior incompleto	Estudante	Taguatinga	01
Medeia	02	Branca	Pós-graduação incompleta	Enfermeira	Guará	01
Cassandra	02	Parda	Superior completo	Médica	Jardim Botânico	02
Estátira	01	Parda	Superior completo	Advogada	Águas Claras	01
Isolda	03	Parda	Ensino Fundamental incompleto	Cabelereira	Sol Nascente	07
Heloísa	01	Amarela	Ensino Médio completo	Estudante	Ceilândia	01
Margarida	02	Parda	Ensino Médio incompleto	Dona de casa	Ceilândia	02

Merlin	02	Parda	Ensino Fundamental completo	Dona de casa	Recanto das Emas	06
--------	----	-------	-----------------------------	--------------	------------------	----

Obs: (*) 01=15-24 anos, 02=25-34 anos e 03=35-44 anos

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas da pesquisa, 2020.

No Quadro 2 observa-se os serviços de saúde utilizados e as condições obstétricas das participantes. A maioria possuía plano de saúde (8). Os locais de pré-natal foram: centro de parto normal privado (5), hospital privado (4), sendo 1 delas também assistida pelo pré-natal de alto risco em hospital público, e unidade básica de saúde (4). Sete das entrevistadas teve partos via cirurgia cesárea em hospitais privados, e aquelas que tiveram por via vaginal (6) aconteceu em hospital público (4), seguido de hospital privado (1) e domiciliar (1). A semana gestacional do parto variou de 31 a 41 semanas.

Quanto às complicações obstétricas, as entrevistadas relataram ter sido diagnosticadas com pré-eclâmpsia (5, uma delas teve diagnóstico no final da gestação); sangramento (ameaça de parto prematuro, 2); no período final da gestação, apresentaram infecção urinária (2), bactéria *Streptococcus* (1), colestase hepática (1); durante o trabalho de parto e parto, duas mulheres tiveram diagnóstico de pré-eclâmpsia (1), eclâmpsia (1) e hemorragia fetal (1). Uma das entrevistadas teve infecção urinária no início da gestação e no puerpério, mais especificamente puerpério remoto, uma delas teve diagnóstico de pielonefrite e trombose pulmonar. Por fim, Margarida e Coré vivenciaram a morbidade materna grave.

Vale ressaltar que além de complicações obstétricas, foram levantados histórico reprodutivo, vulnerabilidades sociais, mentais e emocionais. Os relatos ilustram esse histórico: Eva vivenciou a pré-eclâmpsia durante a gestação tem histórico de abortos habituais; Isolda foi internada com uma forte infecção urinária no início da gestação, ela possui histórico de diabetes gestacional e enfrenta vulnerabilidades sociodemográficas, como: falta de saneamento básico e dificuldades financeiras; Merlin, vivencia depressão, alucinações e delírios há alguns anos, e falta de saneamento básico e extrema dificuldade financeira e Ísis apresentou pré-eclâmpsia na gestação que coincidiu com o término de relacionamento amoroso com o pai do bebê aos sete meses de gestação.

Quadro 2- Condições obstétricas das participantes e utilização de serviços de saúde

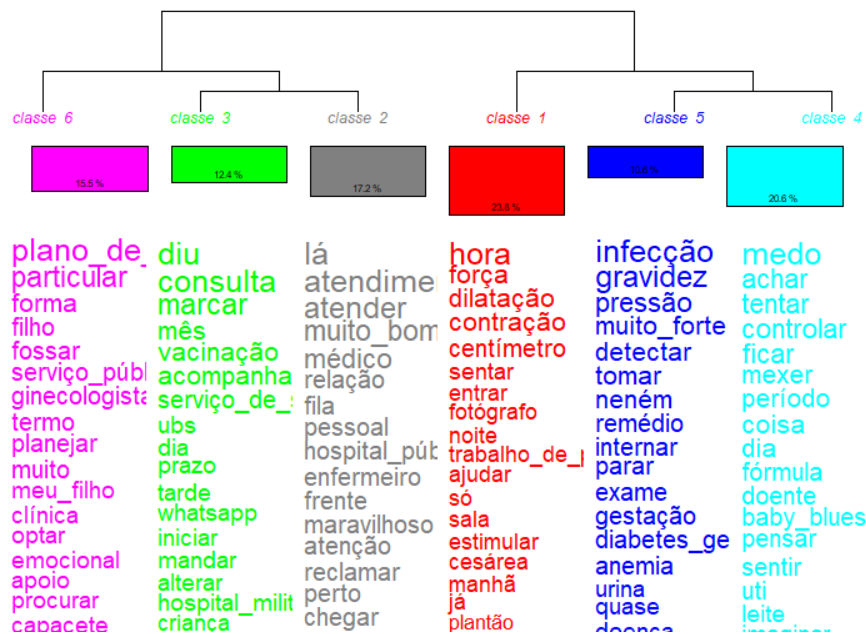
Puérpera	Plano de saúde	Local do pré-natal	Via de parto	Idade gestacional = semanas	Local do parto	Complicações
Eva	Sim	Hospital público 3 e Hospital privado 1	Cesárea	Sem informação	Hospital privado 1	2 abortos anteriores e pré-eclâmpsia durante a gestação
Ísis	Sim	Hospital privado 2	Cesárea	Sem informação	Hospital privado 2	Pré-eclâmpsia e término de relacionamento durante a gestação
Deméter	Sim	Centro de parto normal privado	Cesárea	36	Hospital privado 1	Pré-eclâmpsia durante a gestação
Coré	Sim	Centro de parto normal privado	Cesárea	38	Hospital privado 1	Pré-eclâmpsia no final da gestação, pielonefrite e embolia pulmonar no puerpério remoto
Afrodite	Sim	Hospital privado 1	Cesárea	37	Hospital privado 1	Coletase hepática no final da gestação
Circe	Sim	Hospital privado 2	Cesárea	39	Hospital privado 2	Bactéria Streptococcus no final da gestação
Medeia	Não	Centro de parto normal privado	Cesárea	37	Hospital privado 1	Pré-eclâmpsia durante a gestação
Cassandra	Sim	Centro de parto normal privado	Vaginal	41	Domiciliar	Sangramento durante a gestação
Estátira	Sim	Centro de parto normal privado	Vaginal	35	Hospital privado 1	Sangramento durante a gestação
Isolda	Não	UBS Hortênsia	Vaginal	Sem informação	Hospital público 1	Infecção urinária no início da gestação, histórico de diabetes gestacional e vulnerabilidades sociodemográficas
Heloísa	Não	UBS Gardênia	Vaginal	31	Hospital público 1	Infecção urinária e pré-eclâmpsia no trabalho de parto e parto
Margarida	Não	UBS Íris	Vaginal	39	Hospital público 1	Infecção urinária no final da gestação, eclâmpsia e hemorragia fetal no trabalho de parto e parto
Merlin	Não	UBS Antúrio	Vaginal	37	Hospital público 2	Vulnerabilidades mentais e sociodemográficas

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas da pesquisa, 2020.

6.2 Caracterização do conteúdo a partir do *software*

A análise do tipo CHD do único *corpus*, possibilitou a leitura das falas e segmentos de textos representativos de cada classe, para posteriormente intitulá-las. O *software* identificou 741 segmentos de textos/UCE e conseguiu classificar 710, ou seja, 95,95% de aproveitamento do *corpus*, bem acima do estabelecido pelo programa, pois para as análises serem úteis a classificação mínima é de 75% dos segmentos de texto do *corpus* (CAMARGO; JUSTO, 2013). O *software* dividiu o *corpus* em seis classes, do lado direito se encontram as classes 4, 5 e 1 e, do esquerdo, as classes 2, 3 e 6, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Dendrograma com a porcentagem de UCE.



Fonte: *corpus* de análise processado pelo *software* IRAMUTEQ 0.7 alpha2.

Na Figura 1, pode-se visualizar o dendrograma que demonstra as classes advindas das partições (ramificações) do conteúdo, que chamaremos de *subcorpus*. Em um primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois *subcorpus*, separando as classes 4, 5 e 1 das classes 2, 3 e 6. Em um segundo momento, esses dois *subcorpus* se dividiram mais uma vez, separando a classe 1 das classes 4 e 5, da mesma forma que separou a classe 6 das classes 2 e 3. Os *subcorpus* servem para nos mostrar a proximidade do campo lexical presente entre si.

A classe 4, denominada “Corpo materno - planejamento *versus* realidade”, apresenta 20,56% dos segmentos de textos (146 dos 710), com destaque para palavras como medo, achar, tentar e controlar, enquanto a classe 5, chamada “Relato das complicações e os cuidados necessários”

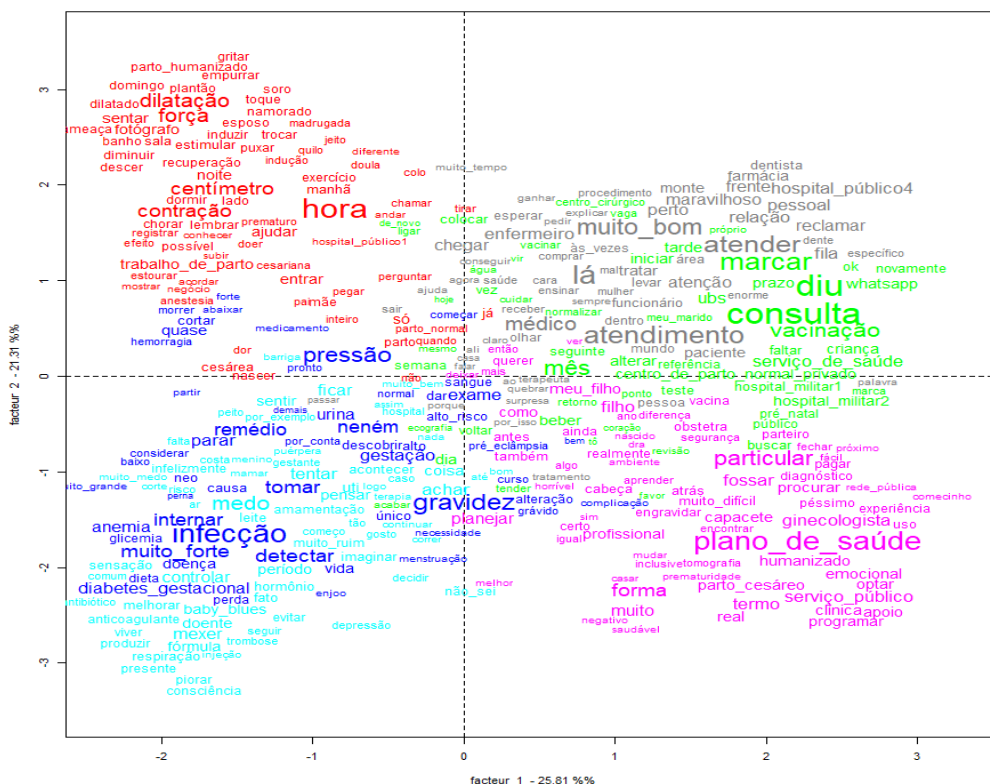
apresenta 10,56% dos segmentos de textos (75 dos 710), e mostra as palavras infecção, gravidez, pressão e muito forte.

A classe 1, denominada “Trabalho de parto, parto e a importância da assistência de qualidade” apresentando 23,8% dos segmentos de textos (169 dos 710), com ênfase nas palavras hora, força, dilatação e contração. Se encontra um pouco distante das classes 4 e 5, mas próximas em relação ao campo lexical do conteúdo.

A classe 2, foi intitulada “Oferta, qualidade e distribuição dos serviços de saúde” com 17,18% dos segmentos de textos (122 dos 710), apresenta as palavras lá, atendimento, atender e muito bom. Já a classe 3, nomeada “Assistência na gestação ao puerpério” com 12,39% dos segmentos de texto (88 dos 710), é composto pelas palavras DIU, consulta, marcar e mês.

A classe 6, intitulada “A busca pelo serviço de qualidade” com 15,5% de segmentos de texto (110 dos 710), contém as palavras plano de saúde, particular, forma e filho. Situa-se distante em comparação as classes 2 e 3, mas por serem próximas também se comunicam através dos vocabulários. Como complemento, a Figura 2 possibilita comparações entre as classes e identifica a frequência das palavras pelo tamanho ilustrado e a proximidade dos vocabulários de acordo com sua localização no plano cartesiano.

Figura 2 - Representação da Análise Fatorial de Correspondência.



Fonte: *corpus* de análise processado pelo software IRAMUTEQ 0.7 alpha2.

6.3 Relatos e discussão das classes

6.3.1 *Atenção pré-natal: oferta, acesso e distribuição*

Antes de iniciarmos a análise das classes, vale destacar que, o diagnóstico e menção a gestação de alto risco foi relatado apenas por mulheres que utilizaram o sistema privado de saúde ou que trabalham na área da saúde, e deixaram claro que tiveram orientações e cuidados específicos em relação às condições que se encontravam. Sobre as puérperas atendidas exclusivamente nos serviços públicos (4), nenhuma delas relatou ter sido diagnosticada como gestação de alto risco e, deste modo, não tiveram orientações e tampouco assistência especializada. Em relação ao número de consultas pré-natal destas puérperas, Isolda e Margarida tiveram todas, Merlin quatro e Heloísa três consultas.

Dessa forma, cabe indagar sobre o acesso e adesão às consultas de pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) e, também, sobre a classificação de risco às gestantes. É perceptível que as ESF não consideraram as vulnerabilidades sociais e mentais, como também o histórico reprodutivo para a classificação de risco. Isto apesar de que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) prevê a classificação de risco na primeira consulta, como também nas subsequentes (BRASIL, 2000).

Dentre as quatro puérperas, duas tiveram complicações graves no parto, nesse sentido, o PHPN em tese, é a diretriz que possibilita a estratificação de risco em tempo oportuno e assegura o encaminhamento para a AAE (ou AAC), como também garante a oferta de no mínimo seis consultas ao longo da gestação. Diferentemente do cuidado recebido por essas puérperas, a adesão a todas as consultas e ao cuidado especializado pode garantir cuidados específicos e longitudinal, a fim de facilitar a identificação de fatores clínicos e evitar maiores complicações durante o desenvolvimento gestacional, parto e pós-parto. Em relação as vulnerabilidades sociais e mentais, a APS também é capacitada para o encaminhamento de serviços como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A RAS está presente em todos os pontos de atenção à saúde, o que difere são as singularidades da assistência e as densidades tecnológicas que os caracterizam. A APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado tem total potencial para garantir o acesso e recepção das gestantes nos outros equipamentos de saúde (BRASIL, 2010).

Metade das puérperas usuárias exclusivas do serviço público referiram ter dificuldades de acesso aos serviços da UBS. Relataram a distância do equipamento em relação às suas residências como a principal barreira para a assistência pré-natal ou vacinação dos filhos. Domingues et al. (2016) e outros autores anteriormente apresentados (VIELLAS, et al., 2014), relacionaram o menor número de consultas às vulnerabilidades sociodemográficas, e que refletiram em fatores de riscos tanto para a mãe como para o bebê.

Outro aspecto que chama a atenção em um dos relatos, foi a percepção em saúde sobre si durante uma gravidez não planejada e posteriormente a percepção em saúde sobre seu filho já nascido.

“Você amadurece depois que você tem o bebê e eu percebi, porque eu era muito irresponsável e agora eu tenho que ser responsável. Por exemplo: consultas, eu falei, quando eu estava grávida eu faltei minhas consultas pré-natal, mas agora eu não posso faltar nas consultas dela”. (Heloísa)

Estudos relacionam a baixa adesão e início tardio às consultas pré-natais em gestantes primíparas, de gravidez não planejada e em mães mais jovens, principalmente às adolescentes menores de 15 anos. Viellas et al. (2014) apresentaram os principais motivos para a baixa adesão e início tardio do pré-natal: não terem planejado a gravidez, não saber que o pré-natal é importante, dificuldade financeiras, dificuldades relacionadas ao trabalho/escola, falta de apoio para comparecer ao serviço, dificuldades para o agendamento da consulta, problemas com horário de atendimento e com os profissionais do serviço e dificuldade de transporte. Os seguintes relatos ilustram as dificuldades tanto de acesso aos serviços como de apoio familiar das entrevistadas:

“Eu fui em 3, mas por irresponsabilidade minha porque teve um mês que eu faltei, aí teve um mês que estava sem sistema né, sem internet, aí elas pediram para mim voltar lá para eu marcar, mas eu fiquei com preguiça e aí eu não fui, aí acabei perdendo as outras consultas, aí eu fui só em 3”. (Heloísa)

“No dia de consulta (pré-natal) como que eu vou carregar esses meninos tudinho e ir pro posto, né? é igual eu te falei: se a gente pegar e somar são mais de 6km até no posto e lá não passa ônibus e você tem que ir de carro e nem sempre tenho assistência de carro, nem nada”. (Merlin)

Rangel-Flores et al. (2019) em seu artigo intitulado “Experiências de mulheres sobreviventes à morbidade materna extrema em México: um estudo qualitativo partindo do modelo das três demoras” nos revelam determinantes sociais associados às vivências delas, sendo o primeiro atraso e mais prevalente relacionado a limitação das equipes de saúde do primeiro nível de atenção; a segunda demora e menos frequente diz respeito à ausência de transporte sanitário para chegar aos serviços de saúde e; a terceira demora à falta de clareza das puérperas sobre quais caminhos e serviços procurar.

Essa realidade demonstra que para a melhoria da assistência ao pré-natal será necessário mudanças e aprimoramentos em diversos setores, como: o desenvolvimento de projetos relacionados ao planejamento reprodutivo em diversas regiões do território, principalmente aqueles mais marginalizados pelo Estado; a ênfase em campanhas de saúde sobre o papel da atenção pré-natal, em diferentes veículos de informação; a flexibilização de horários de atendimentos em UBS, já vem sendo colocada em prática, e que facilitará a adesão de gestantes estudantes e que trabalham em horário comercial; e a de capacidade, organização e distribuição dos equipamentos para recebê-las.

6.3.2 Complicações obstétricas: descoberta e mudanças

Dando seguimento, eis o primeiro *subcorpus* que iremos discutir. Observa-se que nele a classe 4 “Corpo materno – planejamento *versus* realidade” e a classe 5 “Relato das complicações e os cuidados necessários” estão relacionadas através de relatos sobre o preparo do corpo, a vivência do imprevisto do corpo materno, caracterizado, em sua maioria, pela detecção da doença hipertensiva específica da gravidez seguido de forte menção à infecção urinária e o medo da volta ou piora de suas condições de saúde.

Desta forma, em relação às complicações, para as mães esteve presente o forte desejo de se encontrarem saudáveis de forma rápida para acompanhar o bem-estar e desenvolvimento do bebê e desempenharem o papel de mãe e desfrutarem, sem angústias, do novo/a membro da família. Seguem os trechos que mostram as preocupações das mulheres com os cuidados dos/as bebês:

“Como a gente já tá acostumado a lidar com isso no dia a dia no ambulatório, porque você sabe que pode acontecer qualquer coisa, meu grande medo na verdade, é, não era nem em relação a (complicação)... eu tinha era preocupação na formação do bebê né, se tá tudo certo, mas ela se desenvolveu normal”. (Cassandra)

“Eu acho que até maior que o problema em si assim...do medo de alguma coisa piorar é também eu tive que ficar afastada dela nesse período. E eu não estava preparada, não tinha retirado leite...a gente tinha pouquíssimo leite mesmo e aí a gente teve que dar complemento por 1 dia e meio pra ela e aí depois que eu sai da UTI e...eu fui pro quarto e ainda fiquei mais alguns dias, aí ela foi ficar comigo no hospital”. (Coré)

Herzlich (1973) aponta que a interpretação ou a percepção da enfermidade baseada em referências e trajetórias de vida. Cassandra, por exemplo, é médica da ESF que trabalha com a saúde reprodutiva de muitas mulheres e conhece todo o processo e riscos do desenvolvimento gravídico, refletindo assim em uma percepção baseada em conhecimentos científicos.

Já Coré, em seus relatos, ao enfatizar as complicações vivenciadas no puerpério nos faz refletir sobre o papel da maternidade enquanto vivencia a enfermidade. Historicamente, como já

mencionado, ser mãe é visto como um dos principais papéis sociais das mulheres, em que o papel ideal imposto e pressionado pela sociedade é aquele em que ela deve ser capaz de desempenhar plenamente todos os âmbitos da maternidade, porém ao mesmo tempo tem seu corpo medicalizado e traduzido como corpo falho, o que acarreta em angústias, medo e principalmente culpa (DINIZ, 2009).

Desta forma, a categoria gênero orienta a criação e a oferta de políticas, espaços e assistência, entre outras esferas sociais e também possibilita a compreensão na construção da percepção da enfermidade, pois a partir do momento em que a desigualdade de gênero é historicamente cultural e ainda atual, determinadas noções sobre o papel das mulheres atravessam a vida social e são reproduzidas no cotidiano e nos grupos sociais, atuando como construtores da realidade (MCCALLUM, 2005). Outros relatos que conversam com essa reflexão estão relacionados ao trabalho de parto.

“Eu não estava nem um pouco preparada, porque o meu medo durante a gestação era a cesárea, porque eu estava realmente determinada a parir, e eu precisei tomar remédio, um fármaco sulfato de magnésio para evitar algumas coisas durante a cesárea e eu fiquei off-line, totalmente, mas eu não fiquei sedada a ponto de não estar presente. [...] Eu nunca tinha feito uma cirurgia, mas sabe a pessoa optar por algo humanizado e pensar em nenhuma intervenção qualquer que seja?! Então, é um grande desafio”. (Deméter)

A fala de Deméter nos traz a importância do ato de parir, e que, em gestações e partos de alto risco, costuma-se em alguns casos retirar o protagonismo da mulher do parto vaginal pela cirurgia cesárea diante do cenário de complicações obstétricas. O que destrói as expectativas e idealização pelas gestantes do parto sem intervenções, e que está ligado ao papel social da mulher, pois o trabalho de parto e parto não se trata apenas de um evento biológico, mas um evento caracterizado por aspectos psíquicos, afetivos e emocionais de vínculo familiar (MIYAZAKI, et al., 2019).

“Fiquei fazendo os exercícios em casa, quando deu 8 horas da noite começou a apertar mais, peguei e fui para o hospital, quando cheguei lá eu já estava com 9 para 10 de dilatação, entrei e internei e eles perguntaram se eu queria cesárea, só que pensei assim, ‘não, cesárea vai me cortar’”. (Merlin)

“Estava tudo tranquilo até o dia do pico hipertensivo, e nesse dia é que ela falou para mim ‘realmente você vai ter que fazer o parto hoje’ e isso foi um choque muito grande e ela falou ‘mas você tem a alternativa de indução’, mas eu não tinha como induzir pré-medicação, porque como eu já tive uma cesárea eu podia romper o útero, então a gente fez uma indução mecânica. Colocou a sonda, eu fiquei com a sonda e eu tive uma evolução muito boa, cheguei a 8 centímetros de dilatação, tive muita contração. Contração de 3 em 3 minutos a madrugada inteira, só que não estava no momento dela”. (Coré)

A quebra das expectativas sobre o parto humanizado e planejado durante meses é real, porém a frustração se mistura com o entendimento do parto inesperado devido as complicações e do momento do bebê. Quando se fala no processo histórico sobre o trabalho de parto, observa-se a transformação desse momento natural, afetivo e emocional em um fenômeno patológico,

principalmente pela medicina (CRIZÓSTOMO, 2007), no qual a mulher não é mais quem protagoniza e conta com a equipe de saúde apenas para assisti-la e contribuir em pontuais situações, mas é a equipe que se coloca como a principal personagem do processo e conta com a mulher em alguns momentos.

A medicalização do parto é o reflexo da medicalização dos corpos das mulheres pela sociedade, que a partir da construção histórica sobre seus corpos, contribui para o declínio da própria mulher e da sociedade em lidar “com o fenômeno do parto, sua imprevisibilidade e as dores do trabalho de parto” (NICIDA, 2019, p.4543). Quando falamos de gestação acompanhadas de complicações, que muitas vezes são ou deveriam ser diagnosticadas como de alto risco, devemos saber que a decisão deve ser tomada de acordo com cada caso, pois há possibilidade de aguardar o início espontâneo do parto e indução (BRASIL, 2012).

Por fim, finalizo esta classe com a necessidade de refletirmos também a importância da rede de apoio à puérpera, que através do suporte a ela, como também ao bebê e ao pai, abre a possibilidade da mãe, que cuida de todos, cuidar de si mesma e que ao dividir as preocupações e cuidados, principalmente, para com o recém-nascido, conseqüentemente minimiza a culpabilização materna acerca da sobrecarga das primeiras vivências da maternidade.

6.3.3 Trabalho de parto e parto: qualidade da equipe obstétrica

Dando seguimento às análises, a classe 1, denominada “Trabalho de parto, parto e a importância da assistência de qualidade”, de acordo com a Figura 2, destaca-se como a classe mais distante e menos interligada com as outras, nos mostrando o processo de parir, que envolve complicações, força, dor, ajuda e paciência, e também revela o papel fundamental da assistência de qualidade nesse momento.

Nessa classe, pôde-se identificar nas leituras a relação paciente-profissional (ALVES, 1993) como um dos influenciadores em seus processos de percepção. Houve diferença entre as percepções associados à qualidade de assistência ofertada e recebida pelas puéperas.

“Eu achava que tava tudo normal, tanto que eu falei, que eu estava muito anestesiada eu não sei, eu achava que estava tudo normal eu estava entrando em trabalho de parto, muito antes do que deveria ser, mas pra mim era normal...tantos bebês que nascem prematuro. Eu também não tinha tanta noção do tanto que nasciam prematuro, você não tem noção.... Eu achava que era uma raridade e não é, não é raridade é muito comum”. (Heloisa)

“Qualquer gestante e puérpera tem o risco aumentado, e você tem uma cirurgia de grande porte que é uma cesárea, ela aumenta muito o risco, mas eu tive uma cesárea antes e não tive (complicações), das pessoas que eu conheço que fizeram cesárea não teve, mas se você pesquisa você vê que isso é comum, que isso acontece, é um risco que precisa ser observado

e eu nunca imaginei. Assim que a Dra. falou comigo quando eu estava lá, ela disse ‘se observe, observe se suas pernas estão inchadas, observa se você está sentindo sua pressão abaixar demais’. Ela quem disse algumas coisas, ela falou que o risco de trombose ele é aumentado pela cesárea, ela tinha me falado isso, depois que eu fiz a cesárea, mas tinha passado tanto tempo que eu imaginei que... mas ela falou, ‘se observa agora’ ela ainda me deu 3 dias para me observar, mas passou tanto tempo que eu pensei que estava fora de risco”. (Coré)

“Meu parto foi tranquilo graças a Deus, fiz a laqueadura no parto. É muito risco, né, na última corri risco, muitos riscos, né, durante a gravidez e o parto, pra ele também é muito risco, então falei ‘não vou me submeter a isso mais chega!’, tentei fazer o marido fazer a vasectomia mas ele ficou com medo então falei ele vai ficar me enrolando melhor fazer a laqueadura antes que venha outro menino é eu passe por tudo de novo, perdas né”. (Eva)

Para compreender as percepções das mulheres, levantamos de acordo com os recursos disponíveis, o máximo de experiências e vivências sobre suas origens, trajetórias, planos, residências, cuidados, condições econômicas e ocupacionais e acessibilidade de assistência à saúde. Deste modo, foram feitas a associação com suas interpretações de vivências das complicações e consequentemente riscos (ALVES, 1993).

Mulheres usuárias exclusivas dos serviços públicos demonstraram menor consciência de risco em relação aos processos que elas e seus bebês vivenciaram. Ao relacionarmos com suas condições sociodemográficas e relacionamento paciente-profissional, observam-se vulnerabilidades sociais e menor número de consultas como já mencionado, o pouco ou nenhum diálogo entre elas e os profissionais sobre suas condições e tampouco presença de vínculo fundamental para que os profissionais orientem sobre os cuidados e sinais de alerta a fim de que as mulheres possam procurar serviços de saúde no momento oportuno e dar continuidade ao acompanhamento pós-parto.

“Falaram que minha pressão aumentou e depois abaixou de uma vez na mesma hora. Aliás, eles não falaram literalmente para mim, eu vi no meu pedido. Na minha receita. Estava escrito na minha receita. Eles falaram que eu tive hemorragia. Que eu tive uma perda muito grande de sangue. Não falaram o porquê da hemorragia. Minha pressão sempre foi tranquila”. (Margarida)

“Como ela era prematura, antes dela nascer veio alguém da UTI neonatal falar comigo ‘olha, quando o seu bebê nascer a gente vai levar ela’ só que na hora eu acho que não estava entendendo o quão grave seria, pensei ‘ah, vão levar ela e vão trazer de volta’ só que não trouxeram, né, e aí depois que ela nasceu a médica pediatra estava lá porque tinham 5 pessoas no box comigo, os partos são no box, né, e tinham 5 pessoas no box tirando o meu namorado e assim que ela nasceu ela já pegou ela, limpou ela, trouxe ela só me mostrou e levou e eu só pude ver ela no outro dia”. (Heloísa)

Alves (1993) nos leva a refletir sobre os meios em que as pessoas adquirem os conhecimentos médicos que podem influenciar os seus processos de interpretação e se conscientizar sobre a enfermidade. A qualificada relação paciente-profissional no âmbito da saúde reprodutiva das mulheres, reflete totalmente nas condutas maternas no pré-natal e principalmente no puerpério. Por exemplo, estudos trazem a adesão das puérperas às consultas puerperais relacionadas diretamente a

qualidade do cuidado durante a gestação no pré-natal, ou seja, é lá que se cria o vínculo e se conversa sobre suas condições, singularidades e cuidados perinatais (GENOVESI, 2020; GONÇALVES et al., 2019; FUSQUINE et al., 2019).

Quando comparado com percepções de puérperas em melhores condições socioeconômicas, tiveram um bom relacionamento paciente-profissional, com vínculo, escuta ativa e comunicação clara, observa-se que a percepção de risco é nitidamente direta e explícita.

“Eu acho que o fato de eu estar atenta me fez correr para o hospital. E isso salvou minha vida de certa forma. Depois que a gente passa por um problema desses a gente acaba pesquisando mais sobre ele, e a gente começa a pesquisar e eu vi muitas mulheres que não foram diagnosticadas a tempo e muitas mulheres que foram diagnosticadas com pneumonia, vi muitas mulheres que chegaram a óbito porque foi para o coração, porque o médico olhou ‘não é nada’. O fato de tudo isso ter acontecido e estar atenta aos meus sinais fez com que eu fosse para o hospital com mais agilidade e aquilo fosse diagnosticado com mais rapidez”. (Coré)

Deste modo, a comunicação qualificada entre ambos, transforma consultas em processos mais diluídos sobre o que está acontecendo e o que pode acontecer em seus corpos maternos. Desta forma, o processo de conscientização aprimora suas percepções e as tornam mais atentas para procurarem ajuda caso voltem a adoecer.

Outros resultados também revelam a percepção do cuidado no trabalho de parto e parto e as disparidades na assistência quando comparadas a puérperas de diferentes realidades sociodemográficas. As puérperas de maior poder socioeconômico relataram partos humanizados e horizontais, enquanto as de menor poder aquisitivo e usuárias exclusivas dos serviços públicos relataram medo e violência obstétrica, semelhantemente apontado na literatura, como na pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL et al., 2014).

“Meu marido foi meu acompanhante. Foi bom ter o marido do lado. É igual eu falei, com ele aconteceu isso imagina se ele não tivesse, como seria. Já tive parto sem ele do lado. Senti diferença no tratamento, eles são muito ignorantes, muito grossos. A mulher te manda calar a boca e não está nem aí não, deixa lá, se você tiver um acompanhante te tratam assim, se você não tiver com acompanhante eles deixam lá.” (Merlin)

“Quando ele começou a sair eu senti que isso aqui, ombros, clavícula, dele travou, ele ‘faz mais força’ e ele vinha puxando eu sentia ele puxando o menino para um lado e para o outro eu senti ele praticamente todo, ele puxando, o médico puxando. E foi assim que ele machucou o ombro dele”. (Merlin)

D’orsi et al. (2014) demonstram no seu estudo que a maioria dos relatos de violência seja verbal, física ou psicológica foram feitos por mulheres negras, de menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos, residentes da região Nordeste, com parto via vaginal, que não tiveram acompanhantes e que foram assistidas pelo sistema público de saúde. Nossos resultados revelam relatos de violência obstétrica de duas mulheres negras de baixa escolaridade, sem trabalho assalariado, múltiparas e residentes de regiões periféricas do DF.

A violência foi percebida diversas vezes durante os relatos e se apresentou como negligência/distanciamento na assistência, ausência de informações, medicalização, agressões verbais, episiotomia e manobra de Kristeller. No caso de Merlin e Margarida, percebe-se a importância do acompanhante no trabalho de parto e parto como elemento de proteção para as mulheres. A Portaria nº 2.418 de dezembro de 2005 verificou-se insuficiente para combater a violência obstétrica contra mulheres negras, de baixa renda e baixa escolaridade nos hospitais públicos do país. Estudos de Oliveira et al. (2017) e Rodrigues et al. (2018) mostraram também as diversas facetas da violência obstétrica presentes na atualidade em um momento tão especial como o parto.

“Tivemos que fazer o corte. Não pediram para fazer o corte, só avisaram. Falaram ‘eu vou ter que fazer um corte’. Aplicaram anestesia para cortarem. Para cortar e para costurar aplicaram anestesia. [...] Perdi muito sangue porque a médica que cortou lá, cortou um vaso. Cortou um vasinho. Eu vi na hora. Ele (acompanhante) viu na hora, porque ele assistiu o parto inteiro. Ela falou assim ‘eu acertei um vaso!’ pegou e mostrou para o médico. Quando ela tirou o algodão que eu vi o sangue jorrando”. (Margarida)

Ao identificarmos essas intervenções na fala das puérperas compreendemos a necessidade de abordarmos novamente as desigualdades de gênero em saúde. A presença dessas intervenções encontradas na presente pesquisa apenas reflete a crença de que “o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, portanto, necessitado de correção e tutela, expressas nas intervenções” (DINIZ, 2009, p.318).

A categoria gênero em saúde se relaciona em todos os âmbitos e decisões. Hoxha et al. (2020), mostraram a associação da cirurgia cesárea em relação ao gênero do obstetra, observa-se que a chance da cirurgia cesárea é 25% menor para gestantes que tiveram obstetras mulheres, e que as obstetras têm menor probabilidade de prescrever o parto cesáreo sem indicação clínica.

Diniz (2009) também revela que a demanda pela cirurgia cesárea no Brasil é um pedido de dignidade, uma alternativa para não vivenciarem o parto intervencionista e traumático, pois as experiências de puérperas brasileiras propagam a vivência de dor e sofrimento nas salas de trabalho de parto e parto.

“É necessário ter mais atenção nesse momento, dos médicos, das enfermeiras, até porque quem estão lá são mulheres, porque quem mais atende a gente lá são mulheres. Devia ter mais acompanhamento. Mais atenção nessa hora. Tanto que entrou uma enfermeira e falou ‘uai, ela já está com os 10cm dilatados’ e sumiu. Não apareceu. Foi aparecer a equipe da manhã quando trocou o plantão. Ela apareceu lá em média de madrugada, umas 3 ou 4 horas da manhã e falou ‘já está com os 10 dilatados’, sumiu e só 7 e pouca da manhã que veio uma equipe inteira e falou ‘ela está com dificuldade já, ela está sem as forças, ela e a neném’, aí que entraram a equipe inteira para poder fazer meu parto”. (Margarida)

Margarida percebe a negligência do acompanhamento da evolução do trabalho de parto e a ausência de comunicação eficiente e prontidão da equipe. Angulo-Tuesta et al., (2003), revelam que as responsabilidades e competências entre enfermeiros e obstetras na assistência ao parto, tanto em maternidades de baixo risco como de alto risco, costumam ser definidos na prática, em acordos informais, que acontece o acompanhamento dos leitos definidos pelas condições do feto, condições da gestante para a devida aferição da pressão arterial, entre outros procedimentos.

A presença da enfermagem torna-se essencial em relação ao acompanhamento da evolução do trabalho de parto, já que ao perceber alguma alteração no processo, consegue estabelecer uma comunicação que seja rápida e efetiva com a equipe, porém observa-se nesse caso que o viés biomédico e machista patriarcal interfere no cuidado à parturiente não importando se são mulheres ou não na assistência.

Outro ponto a se destacar nas falas dessas mulheres é a participação de companheiros e filhos na reconstrução dessas vivências, mesmo reconhecendo as dificuldades e sofrimento que passaram, ressignificaram a experiência de ser mãe e o seu encontro com o filho. Essa atitude também foi revelada por Rezende (2015), em seu trabalho sobre as experiências de puérperas marisqueiras, em sua maioria negras e de baixa renda, que ressignificaram as vivências do ato de parir, mesmo passando por situações de violação de direitos, como a violência obstétrica.

6.3.4 Saúde reprodutiva das mulheres: assistência e vínculo

Em seguida temos a classe 3 nomeada “Assistência na gestação ao puerpério” e a classe 2 intitulada “Oferta, qualidade e distribuição dos serviços de saúde” que se referem ao acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto pelos sistemas público e privado de saúde. Ao observamos a Figura 2 também visualizamos a conexão e relação dessas classes que nos mostra a interação entre a busca por atendimentos, a acessibilidade, a relação paciente-profissional, recursos e informações em saúde.

“Porque essa interação com ela (médica) é muito humana né, ela me trata como uma pessoa, não como um paciente, não existe aquele hierarquia médica-paciente, tanto é que nem tem uma mesa entre a gente, é um sofá e uma cadeira sabe um ambiente bem assim”. (Estátira)

“Da UBS os funcionários de lá eles são muito bacanas, não tenho o que reclamar deles porque sempre que eu tenho atendimento com eles eu sou muito bem tratada, então não tenho, também agora eu não sei porque já tem uns dois meses que eu não tô conseguindo a consulta pra mim mesma, mas a quando tava tendo médico lá, eram bem bacanas o Dr. e o enfermeiro sempre me trataram muito bem sempre trataram as crianças muito bem, porque como é clínico geral atendia tanto adulto quanto a criança”. (Isolda)

Quanto ao atendimento profissional recebido durante as consultas de pré-natal e puerpério, tanto as puérperas usuárias exclusivas do SUS, quanto as usuárias do serviço privado e plano de saúde, relataram bom atendimento profissional, porém quando perguntado sobre suas dificuldades e demandas, revelaram lacunas que poderiam ter sido preenchidas pelo pré-natal.

“Eu acho que eu não fui preparada pra amamentar, por mais que tenham falado sobre isso, eu acho que eu não tava preparada, porque no pré-natal ele é focado pro parto né, então o que vem depois e o depois é o que o bicho pega né (risos)”. (Estátira)

“Eu acho que tem mãe lá que nem sabe que existe banco de leite, gente, me ajudou demais na questão de amamentação, acompanhar o peso do neném, muita coisa eu não sabia, o neném vivia assado, o umbiguinho dele sangrava muito então esse tipo de coisa eu ficava desesperada ainda mais pra quem é primeira viagem né, isso tudo que me ajudou foi lá, as enfermeiras, as médicas lá do banco de leite”. (Circe)

Cabe a atenção pré-natal orientar e indicar serviços e pontos de atenção para que a mãe saiba em qual local recorrer caso necessite. Viellas et al. (2014) assinalaram que a baixa proporção de orientações durante a assistência pré-natal evidencia o papel insuficiente do pré-natal na preparação das mulheres para o parto e para a amamentação, no qual os/as profissionais devem orientar sobre o direito de escolha da posição em que deseja parir; da existência dos bancos de leite caso precisem; das possíveis fissuras nos primeiros dias de amamentação e como lidar; entre outras informações.

A qualidade na atenção pré-natal é essencial para abrir portas para a gestante dentro do sistema de saúde. É através das boas práticas que o vínculo entre paciente-profissional se estabelece e possibilita a adesão à consulta puerperal e o adequado e imediato acompanhamento infantil. Para este alcance, equipamentos de saúde precisam de mais práticas de escuta ativa, cuidado longitudinal, tratamento horizontal e disponibilidade de recursos.

Quando relatado sobre recursos e estruturas, prevaleceu os relatos das puérperas usuárias do sistema público, ressaltando aspectos, como: estrutura física precária, falta de vagas para consultas, ausência de visita do agente comunitário de saúde (ACS), falta de sulfato ferroso na farmácia de alto custo, entre outros.

“O ACS nunca veio! Eu nem sei nem o que é isso. Tem muito tempo que moro aqui. Nunca vieram. A gente que tem que ir lá marcar a consulta e quando tem agenda para consulta”. (Margarida)

“Peguei medicamentos na farmácia de alto custo em outra UBS. A gente pega na UBS de referência, mas aqui normalmente não tem e eu tive que pegar lá sulfato ferroso e aquele outro que eu esqueci o nome. [...] Ultrassom não tem pelo SUS, ultrassom você faz no particular, mas os outros foram...o de urina eu fiz pelo particular também porque não estava tendo, mas o resto dos exames de sangue tudo foi pelo SUS”. (Heloísa)

Diante desses relatos, ressalta-se a importância do ACS no acompanhamento de gestantes e puérperas, principalmente quando se trata de gestações e partos acompanhados por complicações obstétricas ou de vulnerabilidades sociodemográficas. A linha de cuidado da saúde materno infantil

no SUS conta com as equipes ESF de suas UBS, e são estas equipes as responsáveis pela classificação do risco, acompanhamento e encaminhamento para serviços especializados quando necessário. Sanine et al. (2019), em um recente trabalho, mostra o papel do ACS como personagem fundamental para o atendimento compartilhado das gestantes de alto risco, que por meio das visitas domiciliares constrói e consolida o vínculo da gestante com a APS e se coloca como ponte ao referenciar a gestante para o serviço especializado para obter o pré-natal de alto risco.

As gestações diagnosticadas como de alto risco devem ser referenciadas para a AAE ou até mesmo para a AAC, por necessitarem de técnicas sofisticadas e profissionais mais especializados, ao tempo que elas são encaminhadas para o pré-natal de alto risco o pré-natal da APS permanece para a participação de palestras e grupos de apoio. Sendo assim, um sistema de referência e contrarreferência eficiente é fundamental para o cuidado integral e de qualidade da saúde reprodutiva das mulheres (SANINE et al., 2019).

Ao olharmos para o resultado de que todas as mulheres participantes da pesquisa não receberam visita domiciliar do ACS durante a gestação e puerpério, apontamos as Portarias n° 77 e n° 78 publicadas em fevereiro de 2017 que flexibiliza o número de ACS por ESF no DF (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2017b; 2017c). Assim observar-se o desafio da cobertura do território pelos agentes, que vulnerabiliza a população, pois em um território de 4mil pessoas um único agente comunitário não consegue acompanhar com eficiência todas as gestantes e puérperas de seu território.

6.3.5 Serviços de saúde: a busca pelo cuidado

Por fim, temos a classe 6, chamada de “A busca pelo serviço de qualidade” que expõe a pesquisa e planejamento das mulheres pela aquisição de um serviço de qualidade.

“Eu uso o particular e a UBS para as vacinas da minha filha. Uma delas eu tenho dado na clínica por conta da prematuridade, mas todas as outras eu faço questão de dar no público, e estou querendo começar a usar o serviço odontológico para ela também, do postinho”. (Deméter)

“Por isso que eu fiz o plano de saúde, porque nas outras 2 gestações eu perdi por causa de exames que demoravam não sei quanto tempo pra fazer, pra saber se dava pra fazer o remédio e eu perdia o neném, eu falei ‘vou fazer um plano de saúde que eu quero mais um filho pra poder conseguir ter o meu neném’, era o tempo todo no hospital, foi bem difícil”. (Eva)

“Ele (o pai da criança) não queria que eu tivesse lá no hospital público 1. Ele tem uma amiga que é médica lá na região dele, e ela falou que ia tentar ajudar me receber no hospital público 5, mas no final não deu certo. Só fui andar”. (Heloísa)

“A gente estudou muito, a gente leu muito e a gente falou ‘agora beleza, agora a gente está programado, vamos programar de ter um filho’ e antes mesmo da gente planejar eu já estava procurando essa obstetra que fosse mais humanizada, sabe?! e a gente encontrou a doutora”. (Coré)

A presente classe foi composta majoritariamente por planejamento, pesquisa, estudos e procura pelo serviço adequado, pela conduta médica desejada, pela estrutura e conforto desejado, tanto no período do pré-natal quanto no puerpério e vacinação dos filhos.

Mulheres com maior poder aquisitivo encontravam-se com maior leque de oportunidades para vivenciarem diferentes e melhores experiências, mas um destaque a ser observado foi a necessidade da procura e planejamento pelas puérperas usuárias do serviço privado, a fim de encontrar identificação com as condutas médicas do profissional.

“Eu tenho convênio de saúde e tudo, mas fiz questão de pagar porque a forma como ela conduzia, a segurança que ela me passou foi sem preço”. (Ísis)

“A gente encontrou a dra antes mesmo de eu engravidar e depois que eu engravidei que intensificou mais, a gente foi atrás de tudo isso”. (Coré)

Este resultado revela que, apesar de possuírem maiores possibilidades de escolhas, não são maioria os serviços que as deixam decidir sobre seus próprios corpos. Deste modo, a qualidade não se encontra facilmente. É necessário estudo, pesquisa, contatos e indicações para que a assistência em que ofereça autonomia à gestante seja encontrada. O serviço privado como o maior precursor da cirurgia cesárea, oferta um tratamento que coloca a cirurgia cesárea como uma forma de transformar o parto em um processo mais rápido e imediato, em que os riscos por ser uma cirurgia e malefícios por retirarem o bebê antes das 39 semanas são abafados pelo sistema privado de saúde (LEAL et al., 2014), revelando que a via de parto é decidida estruturalmente pelo sistema, não pelas gestantes.

Já as puérperas de menor poder aquisitivo quando tentaram procurar outros serviços, tentaram no próprio serviço público, mas sem sucesso por pertencerem a uma específica rede de saúde de acordo com sua residência. De acordo com a literatura, a peregrinação demonstra a procura por vagas em mais de um serviço para atendimento ao parto, sendo mais presente em gestantes de baixa escolaridade e adolescentes (VIELLAS et al., 2014). No caso de Heloísa, a peregrinação ocorreu no momento da complicação e em busca de melhor infraestrutura hospitalar e qualidade no atendimento.

A peregrinação no momento crítico das complicações também é apresentada por Andrade e Vieira (2018). As autoras constataram que além dessas mulheres passarem por outros serviços antes de chegarem no hospital de referência, teve demora para o referenciamento, ausência de acolhimento às demandas das mulheres e violência institucional, revelando aspectos semelhantes ao estudo de

Rangel-Flores et al. (2019), sobre o tempo de decisão e busca por atendimento diante da percepção da complicação; dificuldades de acesso aos serviços de saúde; qualidade da assistência; e, perda de seguimento de casos de morbidade materna grave.

Diante das fragilidades encontradas nesta pesquisa, levanto aqui o trabalho de Leal et al. (2019) que deram indícios de uma nova fase em relação à assistência ao parto e nascimento no país ao comparar resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” (2011-2012) com resultados preliminares dos estudos avaliativos sobre a Rede Cegonha e Nascer Saudável (2017). Os autores apresentaram mudanças positivas no setor público e privado, em que a presença de acompanhante durante o parto vaginal aumentou em 164% no serviço público e 73% no serviço privado. Em ambos os setores, as taxas de intervenções não recomendadas de rotina durante o parto vaginal, como posição em litotomia, realização de episiotomia e da manobra de Kristeller se apresentaram entre 20% e 50% menores e houve aumento de 30% no acompanhamento por enfermeiras no setor privado (de 70,2% para 97,9%) e de 65% no setor público (de 46,4% para 84,7%).

Portanto, ao concluirmos que o cuidado ao parto e nascimento no Distrito Federal pela perspectiva das puérperas ainda possui situações e condutas a serem superados e aprimorados, principalmente em relação às gestações e partos acompanhados por complicações. É possível dizer que tanto o sistema público quanto o privado possuem um caminho factível de melhorias pela frente, para que a vivência descrita na classe 6 “A busca pelo serviço de qualidade” e a refletida na classe 1 “Trabalho de parto, parto e a importância da assistência de qualidade” sejam próximas, ou até mesmo uma só, ao invés de opostas (Figura 2).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou compreender as percepções de puérperas residentes do Distrito Federal que vivenciaram complicações na gestação, parto e/ou pós-parto, ao tempo que analisou as perspectivas sobre o cuidado ofertado nos sistemas de saúde que utilizaram nesse período.

Diante do exposto, pôde-se observar diferentes percepções das complicações e de cuidado de acordo com os individuais relacionamentos paciente-profissional, sistema utilizado e sintomas identificados. Esses aspectos estão ligados diretamente às condições socioeconômica, escolaridade e raça/cor. Esses determinantes além de propiciarem diferentes percepções sobre suas complicações, influenciaram no nível de qualidade da assistência ofertada, ao mesmo tempo que influenciam no processo de construção de percepções futuras.

Mesmo se tratando de um assunto específico nos vemos diante de discrepantes realidades em saúde, mas que em todas se faz necessário a presença de um acompanhamento profissional em tempo oportuno e de qualidade, para que mulheres que utilizam o sistema privado de saúde não precisem se dedicar tanto tempo na busca pelo profissional de qualidade e que mulheres assistidas exclusivamente pelo SUS não tenham seus direitos violados e se sintam acompanhadas do início ao fim do período gravídico-puerperal. A assistência de qualidade possibilita que todas as mulheres, através da abordagem interseccional, vivenciem o período gravídico-puerperal da melhor maneira possível afim de evitar maiores complicações e riscos.

É preciso enfatizarmos também a importância do Agente Comunitário de Saúde, que ao fazer seu trabalho no território possui a capacidade não só de localizar as gestantes em suas primeiras semanas gestacionais e encaminhá-las ao acompanhamento pré-natal no início da gestação, mas também de orientá-las ao pré-natal compartilhado para aquelas diagnosticadas como gestação de alto risco permanecerem na Unidade Básica de Saúde. Outro papel fundamental através da visita domiciliar é o acompanhamento do puerpério e a essencial introdução e permanência do recém-nascido na Atenção Primária à Saúde. Desta forma, faz-se necessário a quantidade ideal desses profissionais de forma proporcional em cada território específico e singular do Distrito Federal.

Diante do apresentado, cabe aqui a reflexão da prática do sanitarista na melhoria da gestão e dos resultados na saúde reprodutiva das mulheres. O profissional graduado em saúde coletiva ao se embasar na epidemiologia, ciências humanas e sociais, política e planejamento, e se encontrar como pesquisador capaz de formular e organizar políticas, projetos e programas em saúde, também atua

na gestão de equipamentos de saúde de todas as complexidades, e destaco aqui, a APS onde o sanitário com sua visão interdisciplinar ao gerir uma UBS consegue estabelecer o papel primordial nos cuidados materno-infantil ao propor e traçar estratégias para captar em tempo oportuno as gestantes e puérperas do território.

Para garantir tais êxitos na atenção a saúde reprodutiva das mulheres, é necessário que outros estudos em maior escala sejam realizados trazendo reflexões sobre a realidade brasileira em maior quantidade de estudos científicos, identificando falhas e carências na atenção como as mencionadas na presente pesquisa, o que possibilita o planejamento de estratégias factíveis de acordo com as desigualdades regionais, interseccionais e também de gestão, para assim alcançarmos a melhoria na qualidade à saúde reprodutiva das mulheres e principalmente à gestação de alto risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, P. C. Experiencing Illness: Theoretical Considerations. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-27, 1993.
- ALVES, P. C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos socioantropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p. 1547-1554, 2006.
- ANDRADE, M. S.; VIEIRA, E. M. Itinerários terapêuticos de mulheres com morbidade materna grave. **Cad. Saúde Pública**, Bahia, v. 34, n.7, p.2-12, 2018.
- ANGULO-TUESTA, A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1425-1436, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, jun. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, DF, p.175, 2001.
- 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**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF, Ministério da Saúde, p.17, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005 - Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto pela Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 de fev.2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 32, p.315. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de Maio de 2013. Istitui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [acessado em 27 de outubro de 2020].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização**. Secretaria de vigilância em saúde. edição. Brasília, 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CARVALHO, E. M. P. et al. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2135-2145, 2019.

CODEPLAN. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Mortalidade Materna no Distrito Federal: subsídios para o debate**. Brasília - DF, 2015.

COSTA, M. A. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília – DF, v. 14, n.4, p.1073-1083, 2009.

COSTA e SILVA, M. R. et. al. A Percepção de Gestantes de Alto Risco Acerca do Processo de Hospitalização. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 792-797, 2013.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 154-168, 2014.

DIAS, M. A. B. et al. Incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 30, p. 169-181, 2014.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, São Paulo, v.19, n.2, p.313-326, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011 – 2012. **Reproductive Health**, v. 13, n. 3, p.115, 2016.

FERNANDES, J. A. et. al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, 2020.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394. 2011.

FUSQUINE, R, S.; et al. Adesão e rejeição à consulta puerperal por mulheres de uma unidade básica de saúde da família. **Arch Health Sci**, Mato Grosso do Sul, v.26, n.1, p.37-40, 2019.

GAÍVA, M. A. M.; TAVARES, C. M. A. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **R. Gaúcha Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 132-145. 2002.

GDB 2013 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of

risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 386, n. 10010, p. 2287-2323, 2015.

GENOVESI, F.F.; et al. Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde. **Rev. Bras Enferm.**, v.73, n.4, 2020.

GONÇALVES, C. S.; et al. Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 1, p.71-78, 2019.

GOTTEMS, L. B. D. et al. Acesso à Rede de Atenção a gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 95, 2015.

HOXHA, et al. Cesarean Delivery and Gender of Delivering Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. 2020. Disponível em:
<https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/9900/Cesarean_Delivery_and_Gender_of_Delivering.46.aspx> Acesso em: 13 nov. 2020.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, v.19, n.4, p.1019-1029, 2013.

LEAL, M. C.; et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30, p. 17-47, 2014.

LEAL, M. C.; et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.7, p. 2-14, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, **Secretaria de vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Ministério da Saúde. **Crítérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

MCCALLUM, C. **Incorporando um Enfoque de Gênero, Classe e Raça no Acolhimento na Atenção Básica à Saúde em Salvador**, MS, 2005.

MIYAZAKI, C. M. A. et al. Vivência da gestação e parto de alto risco: uma reflexão a partir do referencial psicanalítico. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 4-24, 2019.

MULLINGS, Leith. **Households headed by women: the politics of race, class and gender**. In: GINSBURG, Faye & RAPP, Rayna. *Conceiving the New Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press, 1995.

NICIDA, L.R.A.; et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.4531-4546, 2020.

OLIVEIRA, T. R. et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Rev. Enferm.**, Recife, v. 11, n. 1 p. 40-46, 2017.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Avaliação da Qualidade do Cuidado nas Complicações Graves da Gestação: A Abordagem do Near Miss da OMS para a Saúde Materna**. Uruguay. OMS; 2011.

OPAS. Centro Latinoamericano de Perinatología. *Salud de la Mujer y Reproductiva*.

Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. 1 edição. Montevideo. 2012.

Portaria nº 342, de 28 de junho de 2017. Estabelece a Atenção a Saúde da Mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília – DF, jun. 2017a.

Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília-DF, fev. 2017b.

Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília-DF, fev. 2017c.

PPP - Projeto Político Pedagógico. Universidade de Brasília - UnB, 2009.

PNUD; 2015. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável dos ODM aos ODS. Disponível em:<<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015.html>> Acesso em: 13 nov. 2020.

RANGEL-FLORES, et al., Experiências de Mulheres sobreviventes a morbidade severa materna no México partindo do modelo das três demoras. **Cad. Saúde Pública**. San Luis Potosí, México, v.35, n.9, p.1-13. 2019.

REZENDE, Patrícia. A reprodução enquanto processo biossocial. Estudo etnográfico em uma vila do Baixo-Sul baiano. Salvador: UFBA. **Tese de Doutorado**, 2015.

ROCHA, R. A. M. **A Construção do processo de Referência e Contrarreferência com gestantes de alto risco na Região Oeste – Ceilândia-DF: A opinião dos profissionais.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2016.

RODRIGUES, et. al., Gravidez de Alto Risco: Análise dos Determinantes de Saúde. **Sanare**. Sobral, Ceará, v.16, n.01, p.23-28, 2017.

RODRIGUES, D. P.; et al., A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Rev. Enferm.** Recife, v.12, n.1, p.236-46. 2018

SANINE, P. R.; et.al., Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.9, p.103-118. 2019.

VIELLAS, E. F.; et al., Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Saúde Pública, v.30, p.85-100, 2014.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **In: Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

ANEXOS

ANEXO I

Roteiro semiestruturado

1. Dados gerais:
 - a) Origem
 - b) Trabalho
 - c) Escolaridade
 - d) Idade
 - e) Quantos filhos
 - f) Onde mora
 - g) Como se considera em termos de raça/cor
 - h) Usa plano de saúde? Particular? Público?
2. Sobre a gravidez:
 - a) Foi uma gravidez planejada?
 - b) Houve alguma complicação durante a gravidez?
 - c) Como foi o parto? Você planejou o tipo parto?
3. E seu corpo? Como você percebe seu corpo depois da gravidez?
4. Como é o seu puerpério:
 - a) Como se sente?
5. Relação com os serviços de saúde:
 - a) Busca algum serviço? Se sim, qual? Como vai até lá? O serviço busca por ela?
 - b) As práticas de assistência?
 - c) Demandas que não são atendidas?
 - d) Cuida ou trata de algum problema adquirido na gestação? Teve acompanhamento?
6. Interações com profissionais de saúde
 - a) Como é o atendimento?
 - b) Ver se tem diferenças entre os tipos de serviços buscados e seus profissionais
 - c) Desconfortos ou constrangimentos; Reclamações/ elogios sobre a assistência
7. O que é ser mulher puérpera? O que é saúde da mulher puérpera?
8. Quais são os cuidados necessários para as mulheres no pós-parto e quem os executa?
9. Acha, percebe, sente, se tem diferença nos atendimentos para mulheres negras e brancas?
10. Agradecer e perguntar se há algo mais que ela gostaria de destacar.

ANEXO II



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos _____ para participar do projeto de pesquisa que realizaremos sobre: “Saúde das mulheres no pós-parto do Distrito Federal”. O objetivo desta pesquisa é compreender como é a assistência à saúde das mulheres paridas, no Distrito Federal. Tua participação será com entrevistas, conversas e, caso permita, podemos te acompanhar em momentos que preferir, ao longo desta fase. Registraremos nossas conversas e observações em um diário e gravaremos as entrevistas para anotações posteriores. Antes de concordar, gostaríamos de esclarecer todas as tuas dúvidas. Asseguramos que teu nome não aparecerá, sendo mantido o sigilo total, escondendo todas as informações que possam te identificar. Você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou a participar de qualquer momento. Os riscos da tua participação são: possíveis desconfortos que a observação e as entrevistas podem causar. Medos, receios e constrangimentos, poderão ocorrer. Como também, teu filho (ou filha) pode estranhar a nossa presença. Para evitar estes riscos, podemos te encontrar nos momentos mais tranquilos, quando você preferir e nos indicar. Pedimos que você nos avise, caso se sinta constrangida ou desconfortável em qualquer momento. Você pode desistir de participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Se, mesmo assim, os riscos acontecerem e continuarem, também podemos sair do local ou parar definitivamente com nossas visitas, se você desejar. Por outro lado, a pesquisa também pode trazer benefícios: te ajudará a pensar sobre tuas necessidades de saúde, e te ajudar a compreender tuas experiências. A pesquisa também poderá identificar as tuas necessidades que não são atendidas nos serviços de saúde e propor soluções. Não há pagamento por sua colaboração. A pesquisa será realizada pelas alunas, acompanhadas pela pesquisadora responsável, onde você desejar. Caso haja algum dano por conta da sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizada, obedecendo-se as leis do Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na FCE/UnB, por ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão com a pesquisadora responsável, Patrícia de Souza Rezende, CPF: 317893348-45, e-mail: psrezende@gmail.com, telefone: (61) 9.81778869 (pode ligar à cobrar). Você também encontra a pesquisadora Patrícia Rezende no endereço: Faculdade de Ceilândia, Sala 28/36 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro

Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas, que defendem os interesses e a dignidade dos participantes da pesquisa e contribuem no desenvolvimento da pesquisa respeitando os padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias (2 págs.), a primeira ficará com o pesquisador responsável e a segunda contigo.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO III



Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “**Saúde das Mulheres puérperas no Distrito Federal**”, sob responsabilidade PATRÍCIA DE SOUZA REZENDE vinculado(a) ao Colegiado do Curso de Saúde Coletiva, da Faculdade da Ceilândia, FCE/UnB.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para **fins de consulta, uma vez gravada a entrevista que concedo.**

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias (2 págs.), a primeira ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a segunda com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____