

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS

VIVÊNCIA DE MULHERES NO PUERPÉRIO: significado atribuído à revisão pós-parto

NATAL-RN

2010

Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos

VIVÊNCIA DE MULHERES NO PUERPÉRIO: significado atribuído à revisão pós-parto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosineide Santana de Brito.

NATAL-RN

2010

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN/
Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Prof^a Bertha Cruz Enders

S237v Santos, Flávia Andréia Pereira Soares dos.

Vivência de mulheres no puerpério : significado atribuído à revisão pós-parto / Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos. – Natal, 2010.
89 f. .

Orientadora: Dr^a Rosineide Santana de Brito.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem obstétrica - Dissertação. 2. Saúde da mulher - Dissertação.
3. Período pós-parto – Dissertação. 4. Saúde da família - Dissertação. I. Brito,
Rosineide Santana de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III.
Título.

RN/UF/BS-Enf.

CDU 618.2-083(043.3)

Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos

VIVÊNCIA DE MULHERES NO PUERPÉRIO: significado atribuído à revisão pós-parto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

Profª Drª Rosineide Santana de Brito (Presidente)

Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª Drª Normélia Maria Freire Diniz (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFBA

Profª Drª Raimunda de Medeiros Germano (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª Drª Glaucea Maciel de Farias (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFRN

Dedico este estudo aos meus filhos,

Maurício e Mariane



Que durante esse período estiveram próximos de mim demonstrando amor, carinho e compreensão, até mesmo nos meus momentos de impaciência e ausência.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A DEUS por ser meu grande e verdadeiro amigo e por se fazer tão presente em todos os momentos da minha vida pessoal e profissional.

A Professora Dra Rosineide Santana de Brito, pela sabedoria e sensibilidade em entender o meu papel de mãe, profissional, mulher. Muito obrigada por essa compreensão e por me orientar de forma inteligente e carinhosa, sendo amiga e acolhedora em todos os momentos dessa caminhada.

A Márcio, meu companheiro, que esteve comigo em todos os momentos dessa jornada de maneira compreensiva e paciente diante dos meus momentos de angústias e dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por me proporcionar a oportunidade de ter acesso a um ensino de qualidade.

Às Professoras: Dra Raimunda de Medeiros Germano, Dra Gláucia Maciel de Farias, Dra Normélia Maria Freire Diniz, Dra Bertha Cruz Enders e Dra Rejane Dawin pela valiosa colaboração nesse trabalho.

A Secretaria Municipal de Saúde de Lajes/RN por permitir a realização desse estudo

Aos funcionários da UBS Mariana Gomes pelo apoio e, principalmente a Agente Comunitária de Saúde Hozana Medeiros por ser uma facilitadora na realização das entrevistas.

À Direção, colegas enfermeiras (os) e demais funcionários do Hospital Universitário Ana Bezerra pelas palavras de incentivo e apoio

Aos bolsistas Leonardo Dantas e Danyelle Leonette pelo apoio técnico em informática

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFRN pela atenção e disponibilidade em colaborar para o sucesso da pesquisa

A Leidiane, por cuidar com tanta dedicação e carinho da minha filha, me proporcionando tranquilidade nos momentos de ausência

E, especialmente, a todas as mulheres que contribuíram para a realização desse estudo. Meu sincero carinho e gratidão.

RESUMO

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos. **Revisão pós-parto: significado atribuído pela puérpera**. 2010. 89 f., Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

A consulta à mulher durante o puerpério deve acontecer entre o sétimo e o décimo dia, e com 42 dias após o nascimento da criança, visando diminuir a incidência de morbidade e mortalidade materna e neonatal. No entanto, a efetivação dessa assistência no nível primário de atenção à saúde ainda não foi conseguida, principalmente no quadragésimo segundo dia de puerpério. Frente a essa realidade, a pesquisa teve como objetivo compreender as concepções da mulher acerca da consulta pós-parto. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido no Município de Lajes/RN, Brasil, com mulheres adscritas nas quatro equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada junto a 15 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser adscrita na ESF; ter saúde mental preservada; ter sido inscrita no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, e que estivesse, no máximo, com 60 dias pós-parto. As informações coletadas foram organizadas conforme os preceitos de análise de conteúdo segundo Bardin, originando três categorias: prevenção de complicações puerperais; sentimentos relacionados às mudanças de vida após o parto; e cuidados pós-parto. Desse processo de codificação e categorização emergiu uma temática central: Vivência da mulher no puerpério. Os dados foram analisados conforme os princípios do Interacionismo Simbólico, segundo Blumer. O estudo revelou que os significados atribuídos ao puerpério relativos à prevenção de complicações estavam diretamente relacionados ao repouso, à realização da consulta puerperal e aos cuidados prestados pelos familiares e profissionais de saúde. As entrevistadas cumpriram rigorosamente o repouso sob influência do contexto no qual estavam inseridas. Porém, isso não aconteceu com a revisão pós-parto, pois pequeno número de puérperas se submeteu a esse procedimento. Portanto, a interação das entrevistadas com as pessoas do seu convívio habitual, bem como os sentimentos que permearam o pós-parto foram decisivos para considerarem, ou não, a consulta puerperal significativa. De acordo com os resultados obtidos, percebeu-se que a deficiência de orientações e da contrarreferência, tem dificultado o acesso dessa mulher à revisão pós-parto. Assim, se fazem necessários novos estudos sobre o assunto, bem como uma reorientação das ações assistenciais, na perspectiva da consolidação da consulta pós-parto na atenção básica.

Palavras-Chave: Enfermagem Obstétrica - Saúde da Mulher- Período Pós-Parto - Saúde da Família.

ABSTRACT

SANTOS, Flávia Pereira Andreia Soares dos. **Postpartum review: meaning assigned by the mother**. 2010. 89 f., Dissertation [Nursing Master] - Federal University of Rio Grande do Norte, 2010.

The consultation for women during the postpartum period should occur between the seventh and tenth days, and 42 days after childbirth, to decrease the incidence of maternal and neonatal morbidity and mortality. However, the effectiveness of such assistance in primary health care has not been achieved, especially in the forty-second day of puerperium. Facing this reality, the research aimed to understand the views of women about postpartum consultation. This is an exploratory and descriptive research with qualitative approach, developed in the municipality of Lajes/RN, Brazil, with women inscribed on the four teams that make up the Family Health Strategy. Data were collected through semistructured interviews with 15 women who met the following criteria: be enrolled in ESF; have health mental preserved, have been entered in the Humanization Program of Prenatal and Birth, and that was, at maximum, 60 days postpartum. The data were organized according to the precepts of content analysis according to Bardin, generating three categories: prevention of puerperal complications, feelings related to life changes after childbirth, and postpartum care. This process of coding and categorizing a central theme emerged: the experience of women in the postpartum period. The data were analyzed according to the principles of symbolic interactionism, according to Blumer. The study revealed that the meanings attributed to the postpartum period for prevention of complications were directly related to home, to the consultation and postpartum care provided by family members and health professionals. The interviewees strictly complied with the rest under the influence of the context in which they were entered. But that has not happened with the postpartum revision because few mothers underwent this procedure. Therefore, the interaction of the interviewed people in their living standard as well as the feelings that permeated the post-partum were crucial to consider whether or not the post-partum visit as significant. According to the results, it was noted that disability guidelines and counter-references has impaired the access of women to postpartum review. Thus, further studies are needed on the subject, as well as a reorientation of health care activities in view of the consolidation of postpartum consultation in primary care.

Keywords: Obstetric Nursing – Womens’s Health - Postpartum Period – Family’s Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
EC	Emenda Constitucional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNI	Política Nacional de Imunização
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SINASC	Sistema de Informação de Nascimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
ZU	Zona Urbana
ZR	Zona Rural

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS.....	17
2.2	ASSISTÊNCIA À MULHER NO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL.....	23
2.3	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	30
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	35
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	36
3.2	LOCAL DA INVESTIGAÇÃO.....	36
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	38
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	38
3.6	PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4	APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	44
4.2	APRESENTANDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	46
4.2.1	Medidas preventivas de complicações puerperais.....	46
4.2.2	Sentimentos relacionados às mudanças de papéis após o parto.....	53
4.2.3	Recebendo cuidados no pós-parto.....	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
	APÊNDICES.....	83

1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou o exercício da cidadania, ao consolidar uma política de saúde pública baseada em princípios e diretrizes que asseguram, por meio da Lei 8.080, contida na Constituição Federal de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Com o SUS, o país deu um salto de qualidade de vida ao sair de um modelo hospitalocêntrico, curativo, para a implantação de uma política pública de saúde transversal, voltada para a inclusão social nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, com responsabilidades nas três esferas de governo. Assim sendo, nasce um sistema de saúde para todos, com seus serviços organizados e articulados no sentido da intersetorialidade, como estratégia fundamental na atenção integral ao usuário. Esse sistema tem o propósito de atender as necessidades de saúde e os problemas sociais, econômicos e culturais, contemplando homens e mulheres em seu ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos, numa visão holística do ser humano. (CONIL, 2007).

Nesse contexto, surge, como proposta estruturante e operacional do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja finalidade é reorganizar e viabilizar as propostas e desenvolver ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos em todas as fases de sua vida. Para isso, conta com uma equipe multiprofissional de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), além da equipe de saúde bucal com cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário (ACD). Esses profissionais devem estar preparados para acompanhar a complexidade desse sistema e para atuar no processo de trabalho coletivo.

Assim, o modelo de saúde vigente requer preparação diferenciada e contínua desses profissionais, além de habilidades específicas diante do novo contexto de atendimento. Nesse sentido, é necessário considerar as mudanças efetivas que vêm acontecendo na educação profissional, no intuito de superar a interpretação tecnicista clássica, passando a formar sujeitos transformadores, numa proposta pedagógica, democrática e inclusiva. Para tanto, se faz necessária uma abordagem problematizadora, de acordo com a realidade vivenciada como base para o processo de ensino aprendizagem.

Além disso, a política de saúde pública, por meio da ESF, vem proporcionando a abertura de novas formas de trabalho no âmbito da atenção básica. Nesse contexto, as relações entre os profissionais são baseadas não mais na hierarquização de funções, conforme o eixo da divisão social e técnica do processo de trabalho, e, sim, na incorporação de novos saberes,

e no compartilhamento de responsabilidades entre os diversos membros da equipe. (BRASIL, 2004).

Nessa abordagem, a enfermagem também vem definindo seu processo de trabalho em consonância com a dinâmica do SUS, uma vez que as novas diretrizes curriculares apontam para a formação crítica e reflexiva, visando à capacitação do enfermeiro para atuar nos diferentes níveis de atenção do processo saúde/doença. Porém, é na ESF que o enfermeiro tem maior controle sobre seu objeto de trabalho e delinea com maior clareza sua identidade profissional. A proposta trazida pela Estratégia Saúde da Família possibilitou uma nova dinâmica na atenção básica, ao propor, com muita nitidez, relações horizontais entre os membros da equipe, levando-os a um trabalho multidisciplinar e integralizado.

A partir do SUS, a enfermagem passou por transformações positivas, principalmente no que se refere às ações de promoção e prevenção em bases coletivas, sobretudo, quando se trata da população feminina. Isso se justifica por serem as mulheres as principais usuárias do SUS, tanto para o seu próprio atendimento como no acompanhamento de seus filhos e demais familiares. Nessa discussão, o Ministério da Saúde reconhece que as mulheres adoecem mais do que os homens, em virtude da sobrecarga de responsabilidades que passaram a assumir com a modernização e necessidade de melhorar a renda familiar, tendo que conciliar a profissão e o trabalho doméstico. (BRASIL, 2004).

Diante do reconhecimento da alta vulnerabilidade frente a determinadas doenças e agravos, o Ministério da Saúde, ao longo dos anos, tem se preocupado com a saúde desse contingente populacional. Visto isso, implantou em 1983 o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a finalidade de incluí-la em todos os níveis de atenção, prevendo o atendimento de suas necessidades em cada etapa de sua vida, estimulando também a participação efetiva no controle social. (COSTA, 1999).

Além do PAISM, outras estratégias foram implementadas ao longo dos anos, como, por exemplo, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), no ano de 2002, que preconiza o atendimento com qualidade durante a gestação, parto e puerpério. O puerpério é o período de tempo de seis semanas que se inicia após o parto e a expulsão da placenta, onde há readaptação do organismo da mulher à situação pré-gravídica. (HENTSCHEL; BRIETZKE, 2001). Nessa fase podem ocorrer complicações, as quais, quando não identificadas nem tomadas as devidas providências, tendem a resultar em morbidade e mortalidade por causas evitáveis. Em função disso, é fundamental a realização da consulta de revisão pós-parto, que deve acontecer nas UBSs, e nas residências por meio da visita domiciliar. A revisão puerperal tem a finalidade de assistir a mulher durante o

puerpério, com o objetivo de prevenir possíveis complicações fisiológicas e psíquicas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde orienta a assistência em dois momentos: revisão puerperal precoce e revisão puerperal tardia. (BRASIL, 2003).

A consulta precoce deve acontecer entre o sétimo e o décimo dia, e a tardia 42 dias após o nascimento da criança. Esse atendimento deve contemplar a resolução dos problemas mais frequentes durante o puerpério – autocuidado, amamentação e planejamento familiar, com a escolha do método contraceptivo adequado ao casal, sem deixar de considerar as condições da mulher. É também um momento oportuno para realizar a prevenção do câncer cérvico-uterino; investigar possíveis complicações físicas ou psíquicas; e atualizar o esquema vacinal. Para isso, se faz necessária uma atuação multiprofissional, com atribuições bem definidas tanto nas UBS quanto na comunidade, ou seja, em domicílio. (BRASIL, 2006).

No entanto, observa-se que esse tipo de atendimento, apesar do avanço obtido por meio do PHPN, ainda não está ocorrendo de forma satisfatória no nível primário de atenção à saúde. Conforme avaliação realizada durante os anos de 2001 e 2002, das mulheres inscritas no SISPRENATAL e que tiveram seis consultas de pré-natal apenas 6,47% e 9,43%, compareceram à consulta pós-parto, respectivamente. (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Essa realidade também é nítida no cotidiano profissional da pesquisadora, uma vez que não se consegue efetivar a assistência à puérpera como acontece com a gestante durante o pré-natal.

Na vivência de 13 anos como enfermeira obstetra no âmbito da saúde pública observou-se dificuldades na consolidação de algumas ações voltadas à saúde feminina. Dentre essas, se destaca a assistência à mulher durante o período pós-parto, principalmente no contexto das UBSs. Vale ressaltar que, desde a formação acadêmica, a assistência voltada à saúde da mulher é foco de interesse e área de atuação da pesquisadora. No ano de 2002, a especialização em obstetrícia acirrou sua proximidade com as mulheres que vivenciavam a gravidez, parto e puerpério. Esse curso, dentre outras questões, despertou um novo olhar para a problemática que envolve a ausência da mulher à revisão pós-parto. Por outro lado, aquelas que compareciam à consulta puerperal não eram assistidas de forma integral, pois as ações voltavam-se apenas para a detecção de complicações puerperais e orientações quanto ao neonato. Atrela-se a isso o fato de que, após o parto, a maioria das puérperas retorna ao serviço de saúde, porém sua preocupação se volta para a avaliação do recém-nascido, vacinação e realização do teste do pezinho, e não com a finalidade da consulta puerperal.

Desse modo, pressupõe-se que a baixa frequência de mulheres a esse tipo de atendimento guarda relação com o significado que elas atribuem à revisão pós-parto. Assim,

partindo da realidade profissional, além dos problemas já identificados e mencionados, pouco se discute sobre o acompanhamento puerperal e o seu significado tanto para a mulher como para o profissional de saúde que a atende. Diante disso, surgiu a inquietação no sentido de compreender o significado da consulta pós-parto para a mulher que vivencia esse período.

Entende-se que a compreensão acerca do significado que a consulta pós-parto tem para a mulher é fundamental na avaliação de suas necessidades, bem como para o estabelecimento de uma assistência que a atenda efetivamente em sua integralidade. Com isso, acredita-se ser possível contribuir para a melhoria e consolidação da consulta puerperal. Assim, faz-se necessário que a atenção básica, por meio da ESF, considere as necessidades da mulher, como puérpera, despertando-a para a importância das consultas na prevenção de complicações tais como: dificuldades na amamentação, o que contribui para o desmame precoce, fissuras mamilares; mastites; anemia grave; trombose venosa profunda; infecção puerperal, bem como deiscência da episiorrafia ou da ferida operatória; depressão puerperal; entre outras. Sabe-se que essas alterações representam agravos à saúde feminina, pois correspondem a processos mórbidos, podendo em alguns casos evoluir para a morte.

Todavia, apesar dos serviços procurarem realizar as atividades preconizadas pelo PAISM, apontando para alguns avanços na assistência ao pré-natal, ainda existem dificuldades de acesso e de qualidade na atenção à saúde da mulher. Esses entraves precisam ser discutidos, com ênfase na deficiência da articulação entre o pré-natal, parto e puerpério.

Segundo o Ministério da Saúde, as complicações na gestação, no parto e no puerpério aparecem com destaque como uma das dez primeiras causas de morte de mulheres, sendo que 92% desses casos poderiam ser evitados. (BRASIL, 2005). Desse modo, os fatos acima mencionados reforçam o interesse e a necessidade de uma pesquisa qualitativa que permita uma aproximação com essa realidade baseada na compreensão do significado que tem a revisão pós-parto para a puérpera, possibilitando uma interpretação do contexto no qual o fenômeno e os sujeitos estão inseridos.

De modo geral, os aspectos contextuais que envolvem a problemática da consulta puerperal, no que se refere à baixa procura, levam a questionar: Qual o significado da revisão pós-parto para as mulheres que vivenciaram essa fase na atenção primária de saúde? Diante disso, o estudo tem como objetivo: compreender concepções de puérperas acerca da consulta pós-parto (resguardo) no contexto da ESF.

Acredita-se que o alcance desse objetivo fornecerá subsídios para a reorientação das ações assistenciais no contexto de atuação dos profissionais de saúde, com a finalidade de proporcionar um novo olhar para essa questão, de modo a direcionar a assistência de

enfermagem prestada às mulheres de forma global. Portanto, os resultados do presente estudo poderão favorecer nova dinâmica entre puérperas, seus familiares e profissionais, no âmbito da ESF, na perspectiva de minimizar a problemática que envolve a mulher no período puerperal. A relevância da pesquisa se dá, também, por contribuir para o preenchimento de lacunas existentes na literatura sobre a temática estudada.

Dando seguimento, o trabalho em apreço encontra-se estruturado da seguinte forma: introdução, revisão da literatura, metodologia, resultados e discussão, considerações finais, referências e apêndices.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura que embasa esta pesquisa está constituída de três momentos: no primeiro, aborda-se a Estratégia Saúde da Família, no contexto do SUS ressaltando o papel do enfermeiro no nível primário de atenção à saúde; o segundo trata das considerações sobre a gravidez, parto e puerpério, com destaque ao pós-parto; e o terceiro refere-se ao Interacionismo Simbólico como referencial teórico-metodológico.

2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS

A nova ordem mundial tem levado a transformações nas áreas política, econômica, social, cultural e ambiental no mundo contemporâneo, decorrentes da globalização fruto do capitalismo neoliberal. No campo da ciência e tecnologia, vários avanços positivos aconteceram com a globalização, porém, ao mesmo tempo têm afastado o indivíduo de si mesmo, produzindo desigualdades, levando a crises da vida social, desemprego, precárias condições de vida, com agravamentos de fatores epidemiológicos, comprometendo a saúde do indivíduo. Isso evidenciou a necessidade de uma nova visão de mundo, de novos paradigmas que venham dar conta de problemas emergentes na sociedade. Trata-se de um grande desafio, pois não se pode negar que o paradigma positivista, marcante nos últimos séculos, proporcionou desenvolvimentos científicos e tecnológicos, mas em contrapartida ocasionou desordem em vários aspectos, gerando graves problemas para o próprio homem. (COSTA; PORTO, 2006).

Diante dessa realidade, os sistemas de saúde precisam responder aos desafios de um mundo em mudança. Porém, apesar de melhorias significativas, ainda existem muitos problemas a serem superados, principalmente os decorrentes das desigualdades entre países, fruto da globalização. Em função disso, têm sido geradas crises políticas e econômicas, desencadeando o fortalecimento das privatizações, fato este que limita a prestação de cuidados de saúde. Dessa forma, é necessário romper definitivamente com a visão hospitalocêntrica, médico-privatista, e focar no setor primário de atenção à saúde, proposto desde a Conferência de Alma Ata e que teve como diretrizes a justiça social, melhor saúde para todos, participação e solidariedade. Nesse pensamento, surgiu no Brasil, nos anos de 1980, a necessidade de reformas para a implementação de um sistema de saúde para todos. Esse período foi marcado por avanços e retrocessos na área da política e economia. Assim, ao

mesmo tempo em que o país vivenciava a democracia, se agravavam os problemas econômicos. (ROCHA, 2006).

Neste cenário de crise, nasce o projeto da Reforma Sanitária como proposta inovadora que apontava para a mudança de um modelo curativo, centrado no hospital, para a consolidação de uma política de saúde transversal, voltada para a inclusão social nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, com responsabilidades nas três esferas de governo. Assim, surge o SUS, que teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, baseado em princípios e diretrizes assegurando, com a Lei 8080/90, a saúde como direito de todos e dever do Estado. Além disso, a Lei 8142/90 garantiu a participação popular e o controle social por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. A partir daí, o SUS vem sendo socialmente desenvolvido por meio de normas e portarias ministeriais.

A fase otimista marcada pela convergência entre democracia e implantação do sistema de saúde foi afetada pela desordem econômica, gerando crise de financiamento, deteriorização da rede, privatizações e instabilidade. Esse fato ocasionou, na década de 90, conflitos sobre a saúde e necessidade de redefinições. Em função disso, surgem nessa década as Normas Operacionais Básicas (NOBs), como estratégias para o cumprimento das disposições legais. A primeira NOB, em 1991, instituiu a transferência de recursos diretamente da União para os municípios, abrindo caminho à municipalização. A NOB 01/92 criou o Pró-Saúde, visando à reorganização dos serviços de saúde. Enquanto isso, a NOB 01/93 instituiu as Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite, constituindo um sistema decisório e compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, o que impulsionou a municipalização, consolidada com a NOB 01/96. Dessa forma, foram-se instituindo a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica, com redefinição de responsabilidades nas três esferas de governo. (MENDES, 2004).

Nessa discussão, de acordo ainda com o mesmo autor, surge no início do século XXI a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002, cuja proposta consistiu na transferência do foco da municipalização para o da regionalização, com a finalidade de reorganizar a rede, a partir do fortalecimento do nível primário. Essa iniciativa buscou diminuir o fluxo aos serviços de média e alta complexidade, na perspectiva de possibilitar o atendimento por meio da referência e contrarreferência, de forma a assegurar a hierarquização e integração da rede, como também a integralidade do atendimento ao usuário. Porém, a dificuldade em habilitar as microrregiões de saúde colocou-se como obstáculo frente à efetivação de tal medida. A superação dessa realidade requer que os níveis de atenção à saúde

estejam em sintonia, para serem resolutivos e de qualidade, não se permitindo, deste modo, a dicotomia entre eles.

Embora os princípios e diretrizes do SUS ainda não tenham sido atingidos na sua plenitude, percebem-se avanços significativos, possibilitando visualizar as conquistas alcançadas. Entretanto, entende-se que muito ainda tem-se a avançar, obstáculos a ultrapassar, e caminhos a percorrer. Nesse sentido, vivencia-se atualmente uma nova fase de transformação, de mudanças, de conscientização na busca constante da educação em saúde, bem como de reafirmação de compromissos, com vistas à superação de dilemas e desafios. (CONASS, 2007).

Assim, surge no cenário da política de saúde atual, como forma de restabelecer e assegurar responsabilidades de cada nível de gestão, profissionais e comunidade, o Pacto pela Vida. Essa nova iniciativa encontra-se subdividida em três pactos: Pacto da Saúde, que consiste no estabelecimento de metas epidemiológicas e sanitárias a serem alcançadas no intuito do fortalecimento da atenção básica; o Pacto em defesa do SUS, como forma de resgatar e reafirmar seus princípios e diretrizes; e por último o Pacto de Gestão, que reforça o compromisso dos gestores na consolidação do SUS, a partir do respeito à Emenda Constitucional – EC 29, que determina os gastos com a saúde. (BRASIL, 2006).

Apesar do sistema de saúde reunir estratégias bem definidas na sua implantação, o mesmo só continuará a avançar mediante vontade política, com maior investimento na área que possibilite a qualidade do serviço, educação permanente dos profissionais, garantia da participação popular e controle social com o fortalecimento dos Conselhos e Conferências de Saúde. Além disso, se faz necessária a reorganização do sistema a partir do fortalecimento da atenção básica. Portanto, é preciso superar a municipalização autárquica e buscar a microrregionalização cooperativa. Este é o grande desafio para a consolidação efetiva do SUS. (MENDES, 2004).

Nessa perspectiva, surge, como proposta estruturante e operacional do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF), ou seja, a porta de entrada do usuário ao sistema. De acordo com Fernandes (2010), em meados de 2005 a nomenclatura Programa de Saúde da Família foi substituída por Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que representou um marco importante para demonstrar não apenas um programa, mas sim a consolidação efetiva de um conjunto de ações destinadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde da família de forma integral e contínua.

Assim, a ESF tem a finalidade primordial de reorganizar a prática da atenção básica à saúde, a partir da realização de ações, resolvendo cerca de 80% dos problemas de saúde mais

prevalentes na população. (BRASIL, 2006). Para tanto, conta com uma equipe multiprofissional que atende uma população adscrita em área geograficamente delimitada (territorialização), visando à prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. (ANDRADE, 2006).

Dentre os programas desenvolvidos na ESF, ressalta-se a assistência à saúde da mulher. Porém, de acordo com Serruya, Cecatti e Lago (2004), existem deficiências na qualidade desse atendimento, gerando impacto nos indicadores de resultados. Para os autores, algumas questões devem ser discutidas, como o acesso, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal, parto e puerpério, a humanização da atenção, o despreparo dos profissionais na assistência à mulher vítima de violência e, principalmente, as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal.

Referindo-se à violência contra mulheres, se observa que esta vem se apresentado atualmente como grande problema social. É conhecida como violência de gênero, porque se relaciona à condição de subordinação da mulher na sociedade. Compreende a agressão física, sexual, psicológica e econômica. (GROSSI, 1995; OEA, 1996).

O significado de “gênero” vem, na maioria das vezes, sendo confundido com o conceito de sexo feminino, quando na realidade surgiu justamente para destacar essa distinção. Enquanto que “sexo” indica uma diferença anatômica, “gênero” diz respeito à construção social, material e simbólica. (SCHRAIBER, 2002).

Segundo Giffin (1994), a família é uma instituição social que estabelece distinções de gênero, diferenciando papéis sexuais, exercendo de forma direta um controle social sobre a identidade e o corpo da mulher. Destaca Rochefort (1978) que a identidade principal é a de mãe, cuja sexualidade é socialmente aceita somente na reprodução de filhos legítimos.

A autora acrescenta que uma das teorias mais influentes desse processo é elaborada por Chodorow (1978), quando relata que as mulheres desenvolvem sua identidade de gênero no contexto da identificação com a mãe, numa relação continuada com ela mesma. Enquanto isso, para os homens, a identidade de gênero também exige a identificação com a razão, tanto na sua identidade social como também na sexual, o que exige o afastamento do seu lado emocional, para manter sua diferença e superioridade em relação às mulheres.

As diferenças impostas à sexualidade de homens e mulheres são refletidas também nos conceitos de cultura/natureza, razão/emoção, sujeito/objeto, mente/corpo, entre outros. (BLEIER, 1984). Esses conflitos, na concepção de Azevedo e Guerra (1989) são resultado da dificuldade de se lidar com essas diferenças.

Schraiber (2002) acrescenta que a violência de gênero sofre influência de questões sociais, tais como escolaridade, desemprego, uso de álcool ou drogas, e quando exercida contra a mulher se apresenta sob muitas formas, como estupros, assassinatos, crimes de guerra, prostituição forçada, abuso de meninas, tráfico de mulheres, mutilação genital e outras. Quando acontece no contexto familiar, apresenta características específicas, e está profundamente arraigada na vida social, sendo percebida como situação normal que só pode ser resolvida pelos envolvidos. (GROSSI, 1995).

Assim, ao ser praticada por parceiro íntimo, é um fenômeno complexo, pois tem consequências para a saúde que vão além dos traumas óbvios das agressões físicas, portanto precisa ser considerada como problema de saúde pública. (SANTOS, 2000).

Para fazer frente às demandas de igualdade de gênero e diminuir as consequências decorrentes da agressão à mulher em todas as fases de sua vida, surgiu, em 1983, o primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina, em São Paulo. E, em 1985, criou-se a primeira Delegacia de Defesa da Mulher. (MASSUNO, 2002).

Porém, apesar dos avanços, se observa que crimes de gênero continuam a acontecer. Diante disso, se percebe que ainda são necessárias novas políticas públicas transversais que reforcem os Direitos das Mulheres e consigam erradicar a subordinação de gênero ainda existente. Para isso é fundamental estabelecer uma articulação entre os programas dos Ministérios da Justiça, da Educação, da Saúde, do Planejamento, demais ministérios e total participação da sociedade civil. (PITANGUY, 2002). Nessa perspectiva, foi promulgada em 24 de novembro de 2003 a Lei 10.778, que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher (FERREIRA, 2000).

Esse atendimento encontra-se respaldado no novo paradigma da atenção à saúde feminina revelado nas bases programáticas do PAISM, instituído pelo Ministério da Saúde em 1983. As bases filosóficas dessa política introduziam, mediante critérios epidemiológicos, novos conceitos na atenção à saúde feminina, voltados para a integralidade, autonomia corporal, e a condição feminina como determinante do processo saúde/doença. Desse modo, o PAISM possibilitou outro olhar na atenção à saúde da mulher, e determinou uma relação dos profissionais com as mulheres como sujeitos e detentoras de direitos, obrigando os serviços e gestores a refletirem, de maneira mais abrangente sobre o assunto. (BRASIL, 2004).

Entende-se que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos constituem os principais entraves e obstáculos

da má assistência no que diz respeito à violência contra a mulher, bem como em relação ao atendimento no período gravídico-puerperal. Mediante tal reconhecimento, o Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores.

Assim, o PHPN nasce como principal estratégia de garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência no período grávido-puerperal e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, atentando também para a violência nessa fase. (BRASIL, 2000). Desse modo, foi estabelecido no plano operacional do programa, critérios para assegurar a qualidade do atendimento, com o intuito de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Visto isso, foi necessário melhorar o financiamento para o custeio dessa assistência. Os recursos financeiros são transferidos ao município, mediante o cumprimento de parâmetros exigidos na assistência ao pré-natal, bem como na atenção à puérpera na primeira semana após o parto (primeira revisão pós-parto) e entre a 30^a e 42^a semanas pós-parto, com a prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; completando assim o ciclo grávido-puerperal. (BRASIL, 2006).

Com a finalidade de acompanhar esse atendimento, bem como monitorar o pagamento dos incentivos financeiros, foi disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) um sistema informatizado, denominado de SISPRENATAL, de uso obrigatório nas UBSs. Esse sistema de informação é capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores de processo, de resultado e de impacto que possibilita a avaliação da atenção mediante o acompanhamento de cada gestante e puérpera em âmbito municipal, estadual e federal, contribuindo para melhorar a gestão dos serviços a partir da organização da assistência. (BRASIL, 2006).

Assim, as instituições públicas de saúde devem visar à qualidade da assistência, pois todas as pessoas têm direito ao atendimento qualificado e digno. Para isso, os gestores devem proporcionar condições necessárias e instituir uma cultura de busca incansável pela qualidade da assistência prestada pelos profissionais da instituição, a fim de atender adequadamente às necessidades e expectativas da clientela. (MOURA et al., 2010).

Nesse sentido, a proposta desenhada para a assistência no PHPN, dentre os vários aspectos conceituais sobre humanização e qualidade da assistência, estabeleceu a consulta puerperal como critério indispensável no conjunto de atendimento à mulher. A consulta pós-parto é a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do

recém-nascido. Portanto, é um momento de atenção à saúde da mulher e não da mãe, evitando que ocorra um viés de gênero na percepção dos cuidados puerperais. Esse seguimento clínico permite avaliar a puérpera integralmente, com a finalidade de detectar alterações relevantes, como anemia, estados depressivos e infecção puerperal. (PARADA, 2008).

Diante dessa realidade, a Enfermagem vem direcionando seu processo de trabalho para uma transformação no sentido de construir e controlar o seu objeto de atenção, a partir de um novo entendimento acerca do processo saúde/doença, com vistas a uma assistência integral no âmbito biopsicossocial no discurso e nas práticas de saúde. (HENRIQUES, 2004; WALDOW, 2006).

Nesse contexto, é evidente a importância do enfermeiro nessa fase, devendo prestar uma assistência qualificada e humanizada de forma integral que contemple, sobretudo, o apoio no seu processo de reorganização psíquica, mudanças corporais, amamentação, retomada da atividade sexual e planejamento familiar. (MOURA, et al., 2010).

2.2 ASSISTÊNCIA À MULHER NO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL

A gestação, o parto e puerpério compreendem fenômenos fisiológicos, como também correspondem a momentos da vida feminina onde ocorrem as mais intensas mudanças orgânicas, corporais, psicológicas e culturais, perpassadas por sentimentos de medo, ansiedade, angústia, alegria e insegurança. Diante dessa realidade, a mulher procura o serviço de saúde em busca de ajuda, com vistas a ter resposta para as suas preocupações e esperanças. Desse modo, espera encontrar ambiente acolhedor com uma assistência técnica competente e humanizada de acordo com o PHPN. Esse programa recomenda cadastrar a gestante no SISPRENATAL, avaliar o risco gestacional, desenvolver atividades educativas, realizar visitas domiciliares, estabelecer vínculo com a maternidade de referência e garantir o parto seguro. (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva, o primeiro contato da mulher com o serviço de saúde deve acontecer na ESF que tem a responsabilidade de acolher a gestante e iniciar o pré-natal o mais precocemente possível. Segundo o Ministério da Saúde, a gestação caracteriza-se por ser um período de mudanças físicas e emocionais. Desse modo, durante o pré-natal deve acontecer o acolhimento à mulher, bem como apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias e fantasias. (BRASIL, 2000).

Além disso, se faz necessária uma assistência de qualidade de modo a reconhecer precocemente intercorrências que poderão comprometer a vida da mulher durante a gravidez, parto e puerpério. Dentre essas intercorrências podem-se citar: síndromes hipertensivas e síndromes hemorrágicas, as quais são apontadas como principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal ainda persistentes no Brasil. Assim sendo, colocam a mulher e o filho em situação de alto risco. (BRASIL, 2006).

Independente de ser de baixo ou alto risco é preciso que o pré-natal transcorra com segurança e qualidade. Assim, nas consultas, o enfermeiro deve preencher o cartão da gestante com dados referentes à história clínica e obstétrica, bem como informações da gestação atual. Além disso, proceder ao exame físico céfalo-caudal e gineco-obstétrico: exame das mamas, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíaco-fetais, inspeção da genitália e membros inferiores, e ainda promover ações educativas. (BRASIL, 2006).

O PAISM, dentre outras coisas, destaca a importância das atividades educativas no atendimento à mulher. Segundo Penna et al., a dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais importantes dessa política, pois tem a finalidade de colaborar na ampliação de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida. A ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, com o objetivo de fazer a comunidade refletir sobre a saúde, e adquirir novos hábitos para a solução de seus problemas. (BRASIL, 2000).

A realização de ações educativas durante todo o ciclo grávido-puerperal é de fundamental importância, mas é no pré-natal que a mulher deverá receber o maior número de informações para que possa vivenciar o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Nesse sentido, o Ministério da Saúde acrescenta que o foco principal dessa atividade devem ser as gestantes, com abrangência para seus companheiros e familiares. (BRASIL, 2000).

Visto isso, se faz necessário que os profissionais de saúde passem a assumir uma postura de educadores que compartilhem saberes, e ressaltem na mulher a autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério. Nessa perspectiva, o pré-natal se apresenta como um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais de saúde desenvolverem a educação no processo de cuidar, pois se trata de uma época de preparação física e psicológica para o parto e a maternidade. (PEREIRA, 2002).

Fortes e Martins (2000) consideram que a proposta da ESF vem facilitar esse processo de educação/informação, uma vez que seu pilar de sustentação é a educação em saúde, sendo esta o elemento vital para a tomada de decisões da gravidez ao puerpério. Dentre esse período, a consulta pré-natal destaca-se como um espaço adequado para que a mulher possa adquirir conhecimentos sobre o processo de gestar, parir e também para o seu fortalecimento como ser humano e cidadã. Para tanto, é preciso considerar as necessidades de aprendizagem das gestantes e sua importância na determinação de seu autocuidado. (MOURA; RODRIGUES, 2003).

Assim, o estabelecimento de uma escuta ativa, vinculada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, parece contribuir para que essas mulheres ganhem autonomia, de modo a contribuir com a promoção de sua saúde e do conceito. (NAVAJAS, 1997). Nessa perspectiva, é preciso que a gestante seja preparada durante o pré-natal, mediante ações educativas, de modo a se comportar como sujeito do fenômeno parturitivo. Além disso, se faz necessário que os serviços de saúde adotem medidas benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

Apesar dos avanços obtidos por meio do PHPN, o momento do parto ainda é bastante medicalizado, preso às rotinas e resistente à humanização. Assim sendo, na maioria dos casos, as mulheres são tratadas como coadjuvantes, em um processo assistencial por vezes marcado pela ausência de vínculo com os profissionais. Com base nessas considerações e em coerência com os princípios do PHPN, postula-se que a mulher deva ser reconhecida como principal participante durante todo o ciclo gravídico-puerperal, tendo suas escolhas respeitadas no estabelecimento de práticas que, baseadas em evidências, permitam a sua segurança e bem-estar, assim como do recém-nascido. (PARADA, 2008)

Desse modo, durante a admissão da mulher nos serviços de saúde, é fundamental que seja estabelecido um diálogo franco, buscando o maior número de informações que venham contribuir para o planejamento da assistência. Esse atendimento deve acontecer de forma tranquila, com a presença de pessoas queridas pela parturiente. Após o nascimento, o contato precoce entre mãe e filho aumentará o vínculo entre eles e favorecerá o aleitamento materno ao longo do puerpério. (BRASIL, 2001).

O termo “puerpério” vem do latim *puer* = criança, e *parere* = parir, e corresponde ao período em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. (BRASIL, 2001). Montenegro e Rezende (2006) afirmam que o puerpério instala-se imediatamente após a expulsão total da placenta e das membranas ovulares e pode ser dividido em três estágios, sendo estes o pós-parto imediato, que corresponde ao período do 1º ao 10º dia, pós-parto tardio, do 11º dia ao 45º dia, e pós-parto remoto, que prossegue além do 45º dias, ou até que se retorne às condições pré-gravídicas.

No ciclo grávido-puerperal, o organismo da mulher é acometido por alterações que interferem na vida da maioria delas. Essas alterações estão relacionadas ao corpo, à fisiologia e ao metabolismo, mediadas por mudanças hormonais que acometem os sistemas circulatório, respiratório, urinário, digestório, nervoso e músculo-esquelético. Diante de tantas modificações, o puerpério é considerado um período em que as alterações locais e sistêmicas impostas pela gestação ao organismo materno retornam sem intercorrências ao estado pré-gravídico. Porém, complicações, não diagnosticadas e resolvidas em tempo hábil, mediante condutas terapêuticas adequadas, podem evoluir para a mortalidade materna. (ALMEIDA, 2002; REZENDE, 2006).

Souza et al. (2002) consideram que em nenhuma outra fase do ciclo vital exista maior transformação no funcionamento e forma do corpo humano em tão curto espaço de tempo, como acontece na fase puerperal. Acrescentam os autores que os profissionais de saúde necessitam estar atentos durante o exame da mulher, pois complicações mais severas podem surgir durante o puerpério. Dentre essas, destaca-se a circulação placentária e contratilidade uterina, que sobrecarregam o sistema circulatório em, no mínimo, 300 ml de sangue, o que agravaria a situação de uma puérpera cardiopata. O edema pulmonar também aparece como agravante no puerpério imediato, uma vez que ocorre elevação sanguínea, resultado do aumento da resistência vascular sistêmica compensada pelo aumento do trabalho cardíaco, conforme destaca SWENSSON et al. (2005).

Acontece também aumento dos leucócitos, plaquetas e fibrinogênio, desencadeando risco de complicações tromboembólicas. As alterações urinárias, o desconforto e a retenção podem existir devido a traumas da uretra. Vale destacar que nessa fase as mamas iniciam seu processo de evolução, ficando aumentadas pela presença de colostro. (BRASIL, 2001).

Souza (2002) acrescenta que, em virtude das repercussões clínicas e emocionais, é relevante a inspeção das mamas objetivando verificar simetria, condição mamilar e presença de colostro. Além disso, é preciso atentar para os sinais de inflamação e processo infeccioso,

pois um dos fatores do desmame abrupto é o surgimento da mastite puerperal. Essa patologia se caracteriza como sendo um processo infeccioso agudo das glândulas mamárias com achados clínicos desde a inflamação focal, com sintomas sistêmicos como febre, mal-estar geral, astenia, calafrios e prostração, até abscessos e septicemia. (SALES et al.,2000).

Outra questão a ser considerada durante o puerpério diz respeito ao tipo de parto, visto que a cesariana é apontada como fator predisponente para quadros de infecção puerperal, responsável por 25% dos óbitos maternos. Essa prevalência é decorrente da secção e exposição de vasos linfáticos intramiométriais à necrose local ocasionada pelo trauma cirúrgico, associadas à contaminação da cavidade abdominal pelo fluido amniótico e a maior perda sanguínea. Existe ainda a possibilidade de histerectomia por infecção pós-cesárea, o que pode ser evitado mediante o incentivo ao parto normal. Essas situações geralmente caracterizam-se por apresentar elevado risco para mortalidade da mulher, sobretudo quando acompanhadas de septicemia. (NOMURA, 2004).

Visto isso, é possível afirmar que a assistência à puérpera se torna tão importante quanto a assistência durante o pré-natal. Centa (2002) considera que o preparo para um puerpério saudável deve se iniciar durante a gravidez, visando o adequado restabelecimento da mulher, tanto anatomofisiologicamente quanto psicossocialmente. Isso desperta a necessidade da puérpera ser assistida de maneira holística, não excluindo o componente psíquico. (BRASIL, 2005).

Assim, as modificações anatômicas e fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher, a responsabilidade cultural e social de prover saúde, afeto e proteção ao recém-nascido, bem como a ansiedade e o medo de não conseguir desempenhar bem esse novo papel são fatores que contribuem para transformar o puerpério em um período extremamente complexo. (BRASIL, 2003).

Além das questões físicas, de modo geral a gravidez, o parto e o puerpério são acometidos pelas alterações psíquicas, hormonais e, portanto, cercados de emoções e sentimentos que fazem a mulher necessitar de cuidado, apoio, esclarecimento e segurança para enfrentar essa etapa de forma harmônica. (PRADO, 2007). Entretanto, esses sentimentos são agravados pelos próprios profissionais de saúde que, na maioria das vezes, desconsideram a importância de seus valores, de sua história de vida, negando a essa mulher o apoio necessário para enfrentar suas dificuldades. Desse modo, acabam negligenciando a assistência à mulher no puerpério, ao esquecer-se de olhar para a mãe e compreendê-la em suas necessidades, pois ela precisa ser assistida não só no aspecto físico, mas também psíquico, devendo ser tratada com respeito e atenção. (BRASIL, 2001).

Nessa linha de considerações, percebe-se o puerpério como uma fase de muitas particularidades que merecem ser observadas pelos profissionais de saúde de modo a atender a puérpera em suas necessidades. Para tanto, recomenda-se a revisão puerperal precoce, entre 7 a 10 dias, e a revisão puerperal tardia, entre 30 a 42 dias após o nascimento da criança. (BRASIL, 2006).

Entretanto, de acordo com Gonçalves (2001), a deficiência de esclarecimentos quanto à contrarreferência no sistema de saúde público dificulta o retorno da puérpera às UBSs para seu próprio atendimento. Corroborando com esse pensamento, Gardenal et al. (2002) afirmam que esse fato é decorrente da ausência de conexão entre a assistência pré e pós-natal. As ações incipientes ainda são uma realidade tanto no contexto hospitalar quanto nas UBSs, visto que a prioridade de cuidado ainda é dada ao recém-nascido, em detrimento da mãe.

A continuidade da atenção por meio da referência da puérpera e do recém-nascido para as UBSs garante a qualidade da assistência, pois permite o acompanhamento da criança e a identificação de alterações no puerpério, evitando complicações e estimulando o aleitamento materno exclusivo, o planejamento familiar e a prevenção do câncer cérvico-uterino. (UNESCO, 2002).

Nesse sentido, é fundamental que, na alta hospitalar, a puérpera seja informada sobre sinais de alerta para complicações puerperais, como, por exemplo: sangramento vermelho vivo persistente e abundante; odor fétido dos lóquios; secreção purulenta nos pontos da episiorrafia ou ferida cirúrgica; febre; dor ou aumento do abdome e pelve; mamas doloridas e com áreas hiperemiadas; disúria; entre outros. Além disso, devem-se reforçar as orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo; cuidados com o bebê, com ênfase ao teste do pezinho e imunização; e importância da consulta puerperal, referenciando para a UBS mais próxima de sua residência. (BRASIL, 2006).

Porém, ao se tratar da equipe de saúde, observa-se menor vigilância voltada à assistência à puérpera tanto no âmbito hospitalar, como no contexto da unidade básica de saúde e no domicílio, onde as atenções se voltam quase que exclusivamente para a criança. No entanto, é no pós-parto que a assistência em saúde faz-se determinante – destacando-se o papel do profissional como facilitador/educador – devido às dificuldades e dúvidas com que as puéperas se deparam, bem como sua necessidade de escuta, de diálogo, de apoio e de orientação. (RODRIGUES et al., 2006).

De acordo com as mesmas autoras, faz-se necessário um redimensionamento da assistência dos profissionais de saúde à mulher para uma assistência qualificada e

humanizada, visto que se observa uma deficiência de orientações no serviço de saúde, tanto no contexto ambulatorial quanto no hospitalar, fazendo persistir as dúvidas e inseguranças das mulheres sobre vários aspectos. Ressaltam ainda que a ausência de uma prática extensiva do cuidado hospitalar para o domicílio tem ocasionado insegurança em face do exercício do papel materno. Para obter essa qualidade, é necessário que, desde o pré-natal, sejam fornecidas orientações sobre o puerpério, de modo que a mulher vá assimilando o cuidado e o autocuidado que deverá ter durante o pós-parto.

Nessa linha de pensamento, Gonçalves (2001) destaca que a assistência deve englobar os aspectos físicos, emocionais e basear-se em vínculos estabelecidos entre o profissional de saúde e a pessoa assistida. Nesse sentido, o cuidado prestado à mulher no período puerperal deve considerar a singularidade da vivência nessa fase, tendo em vista situações particulares de vida da pessoa; lembrar que as mulheres esforçam-se para buscar o ajustamento neste novo papel, e que toda vulnerabilidade torna-as mais acessíveis para receberem ajuda. Em função disso, necessita da colaboração dos familiares e dos profissionais da área da saúde.

Desse modo, concorda-se com Oliveira (2007), ao afirmar que, quando as dificuldades vivenciadas no período puerperal são compreendidas, respeitadas e resolvidas de forma positiva, funcionam como mola propulsora para o equilíbrio familiar. Isso favorecerá a experiência de um resguardo saudável e bom desenvolvimento e bem-estar do filho. De acordo com De Felice (2000), é um momento de grande alteração, com a perda de um estado e passagem a outro, o que desperta na mulher profundas ansiedades.

Conforme Souza (2001), diversos sentimentos estarão se mesclando no decorrer dos dias. As mulheres podem experimentar sensação de vazio, estranheza e vulnerabilidade, podendo muitas delas chegar ao limite de suas capacidades. Assim, deve-se considerar na assistência prestada à mulher no pós-parto a singularidade da vivência nesse período, tendo em vista situações particulares. Ressalta a autora que a vulnerabilidade torna-as mais acessíveis para receberem ajuda. Neste sentido, a assistência deve englobar os aspectos físicos, emocionais e relacionais.

Para se conseguir essa assistência de forma integral, se faz necessário o estabelecimento de relações efetivas entre profissional e cliente, de modo a permitir um importante canal de comunicação. (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006). De acordo com Stefanelli (1998), o atendimento de quase todas as necessidades humanas básicas da cliente depende, em várias circunstâncias, do processo de comunicação que ocorre entre

ela e o profissional de saúde. Assim sendo, o mesmo deve estar inserido ou pelo menos ter conhecimento do cotidiano da mulher, para poder atuar junto à puérpera e familiares.

2.3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O Interacionismo Simbólico, como perspectiva da psicologia social, teve sua origem no final do século XIX e suas raízes estão pautadas nas concepções de George Herbert Mead, que fundamenta a teoria na descrição do comportamento humano. Mead foi professor de filosofia da Escola de Chicago no período de 1893 a 1931. Não chegou a publicar uma obra completa e sistemática sobre sua teoria. Suas ideias foram organizadas, editadas e publicadas após sua morte em 1931. Teve como grande seguidor na interpretação dos seus trabalhos o sociólogo Herbert Blummer, que atribuiu à sua abordagem teórico-metodológica a expressão Interacionismo Simbólico, em 1937.

As premissas blumerianas dessa teoria são: os seres humanos agem com as coisas em função do significado que elas têm para eles; em seguida alega que esse significado surge da interação social que a pessoa tem com seus iguais; e, por fim, considera que, dependendo de um processo interpretativo, os significados podem ser modificados, manipulados e usados pela pessoa para lidar com as coisas que ela encontra.

O Interacionismo Simbólico, fundamentado nessas premissas, é levado a desenvolver um esquema analítico da sociedade e das condutas humanas, que envolve o pensamento básico voltado a grupos humanos ou sociedades, interação social, objetos, o ser humano como ator, a ação humana e as interconexões das linhas de ação. (HAGUETTE, 1992). A definição da sociedade sob a ótica dessa teoria diz respeito à constituição de indivíduos que interagem uns com os outros. (LITTLEJOHN, 1992). Assim, o ser humano interage, interpreta, define e age no seu contexto, de acordo com o significado atribuído às situações vivenciadas. Desse modo, a ação é vista como um resultado formado da autointeração; é construída por meio das indicações que a pessoa faz a si e da interpretação do que indica para agir. (BLUMMER, 1969).

Assim sendo, é possível afirmar que a interpretação por meio da autointeração leva a uma resignificação do vivido, em que os valores individuais interferem no significado que as coisas têm para a pessoa. Essa interpretação precisa ser consciente, para que as coisas passem a ter um significado. Isso se processa numa interação interna do ser humano. (LOPES; JORGE, 2005).

Nesta abordagem teórico-metodológica, o significado que o indivíduo atribui a uma situação vivenciada surge da interação e interpretação que se faz daquela situação. Assim, permite compreender o significado subjetivo da ação, possibilitando a construção da realidade na perspectiva pessoal e social de cada um, o que significa dizer que o comportamento do indivíduo é dirigido por ele mesmo. A perspectiva do Interacionismo Simbólico determina que a descrição do comportamento humano deve ser feita com base no ato social e se dá em duas dimensões: no comportamento externo observável e na experiência interna do indivíduo. Essa teoria retrata a interação entre as pessoas e dela surgem os significados atribuídos pelo indivíduo que acontece externa e internamente com o outro e consigo mesmo. Esse acontecimento desencadeia um processo dinâmico de mudança individual e social, que permite a transmissão de um acontecimento de uma pessoa a outra, que o percebe, interpreta e novamente age. (BLUMER, 1969).

Nessa abordagem, Haguette (1992) afirma que a reação do ser humano é decorrente do sentido que as coisas tem para ele. Essas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, ideias valorizadas (honestidade), atividades dos outros seres humanos e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana. Em relação à segunda premissa, de acordo com Blummer o sentido dessas coisas surge da interação social que alguém estabelece com seus semelhantes. Por fim, revela que esses sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra.

Blummer (1969) destaca que para a compreensão dessa teoria é preciso a união de conceitos pertinentes à sua interação, tais como: coisas, *self*, mente, símbolos, linguagem, sociedade, autointeração, ação humana e atividade grupal. Quanto às coisas a que se refere, estas são tudo que o ser humano pode observar em seu contexto físico e o significado que as mesmas têm para ele, determinado a partir de suas ações. O autor ressalta que a natureza do próprio ser humano concebe o *self* como sendo social, através da interação com os conceitos elaborados pelo outro na relação com o mundo, para permitir o seu controle, direção e manipulação da própria vida.

Assim, na concepção Interacionista, o *self* é um objeto de origem social que interage consigo mesmo e com os outros. Nessa interação, a concepção é definida, redefinida e muda constantemente de acordo com cada situação social que o ser humano vivencia. A sociedade representa o contexto dentro do qual o *self* surge e se desenvolve. O *self* representa um processo social no interior do indivíduo envolvendo duas fases analíticas distintas: o "eu" e o "mim". O "eu" é a reação do ser humano na condição de sujeito às atitudes dos outros,

ocasionando o ato, que provoca o "mim" e que determina nossa conduta. E, ao fazer indicações para ele mesmo, origina a mente. (HAGUETTE, 1992).

A mente é a interação simbólica com o *self* e surge da interação com outros. Isto significa que, através da atividade da mente, o indivíduo interage, interpreta e define a ação (resposta) em relação as coisas e situações. (Haguette, 1992).

A mente é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo mesmo usando símbolos. Da mesma forma, a mente é social tanto em sua origem como em sua função, pois ela surge do processo social de comunicação. Dentro desse processo, o organismo seleciona aqueles estímulos que são relevantes para as suas necessidades, rejeitando outros que considera irrelevantes. A percepção não pode assim, ser concebida como uma mera impressão de alguma coisa do exterior no sistema do indivíduo. (MEAD, 1972 apud HAGUETTE, 1992, p.32).

Referindo-se aos símbolos, Blummer (1969) afirma que se trata de tudo aquilo que se vê, e como se interpreta. Símbolos podem ser objetos físicos, ações humanas ou palavras. Ligada ao uso de palavras está a linguagem, que é um tipo especial de símbolo, a chave e a base simbólica do ser humano. Por meio dela o ser humano se integra à sociedade, não de forma passiva, mas, ao contrário, interativa. Essa interação cria uma interdependência entre homem e sociedade, pois ambos se interferem mutuamente. Assim, sem os símbolos não pode haver interação de uns para com os outros. É por meio da interação simbólica que os significados são atribuídos e desenvolvidos na realidade de ação do ser humano. Nessa conjuntura, os símbolos correspondem ao que se vê e, dependendo de como sejam interpretados e definidos, são desenvolvidas as ações. Quanto à linguagem, ela constitui a base para a interação entre as pessoas, sendo responsável pela formação do comportamento.

Em relação ao processo interpretativo, destaca-se que a interpretação surge da interação social quando ocorre através da autointeração, pois leva a uma re-significação do vivido onde os valores particulares, subjetivos e únicos interferem no sentido que a coisa tem para os sujeitos. Dessa autointeração também resulta a ação humana. Acrescenta-se ainda que a interpretação é essencial para a interação. Nessa perspectiva, o indivíduo formula significados que fundamentam suas ações e, conseqüentemente, interage em um contexto social, onde várias pessoas estão envolvidas em diferentes ações e situações que lhe são impostas no decorrer de suas vidas. (BLUMMER, 1969).

A ação do ser humano é dividida em quatro estágios, conforme Mead (1972): impulso, percepção, manipulação e consumação. Estes são necessários para a concretização da ação, que se constitui no eixo central para a visualização do comportamento e experiência do ser humano na interação social no meio em que vive. Esse meio está sujeito à observação,

estudo e análise, onde as imagens extraídas do mundo a se desvelar são testadas mediante uma abordagem metodológica que considere os princípios básicos da ciência empírica. Nessa perspectiva, o Interacionismo Simbólico se destaca, uma vez que abrange uma investigação científica como um todo, voltada para os aspectos que se relacionam com o mundo empírico em estudo, o qual denuncia a resposta final. (BLUMMER, 1969).

No entendimento de Dupas et al. (1997), a interação social é construída a partir da ação social. Essa ação envolve outra pessoa ou pessoas. Para que ela seja simbólica, deve haver comunicação, manifestada em forma de palavras ou atos, que expressam quem nós somos e o que pensamos. Todos os conceitos vistos anteriormente surgem da interação social e são parte dela. Os homens, ao interagirem, tornam-se objetos sociais uns para os outros. Diante disso, usam símbolos, direcionam o *self*, e se engajam em ação mental. Isso os faz tomar decisões, mudar direções, compartilhar perspectivas e definir a realidade, além de assumir o papel do outro. Portanto, os outros não determinam o que nós fazemos, nós interagimos com eles e essa interação é que gera a ação. As autoras destacam ainda que dessa interação entre os indivíduos, quando acontece de forma cooperativa, se constrói a sociedade.

De acordo ainda com Dupas et al. (1997), cada sociedade tem uma cultura e é tomada pelos atores como guias para a ação. Além disso, a sociedade também desenvolve estrutura social. Estrutura refere-se à padronização de relações quando as pessoas interagem. É usada para descrever papéis, classe social, estratificação na sociedade e relações ordenadas de grupo. Desse modo, o Interacionismo Simbólico vê o homem dinâmico, interagindo consigo próprio e com os outros, levando em consideração o que acontece no presente.

A utilização do Interacionismo Simbólico como referencial norteador da prática de enfermagem tem grande relevância, visto que essa categoria profissional lida com o ser humano experienciando coisas muito particulares, nos diversos momentos de suas vidas. Essa teoria possibilita para a enfermagem a produção de um corpo de conhecimentos baseado na realidade da prática da profissão. Isso explica as variações observadas nessa realidade, e permite que a riqueza e diversidade de experiências do homem sejam estudadas e compreendidas. Mediante os significados dessas experiências, e conhecimentos adquiridos, a enfermagem busca caminhos que possa trilhar, com o propósito de qualificar o ensino e a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde. (DUPAS et al., 1997).

Corroborando com as autoras, Lopes e Jorge (2005) destacam que Interacionismo Simbólico tem contribuído tanto para o ensino quanto para a prática da enfermagem, por se tratar de uma teoria que busca ampliar os conhecimentos na construção de ações e estratégias voltadas para um relacionamento interativo e humanizado entre as pessoas. Nesse processo, se

deve considerar o contexto social, sentimentos, crenças, ações individuais e coletivas e, principalmente, os aspectos internos experimentais do comportamento humano. Nesse sentido, considera-se que a enfermagem, por desenvolver o cuidado de forma humanizada e com qualidade, além de ter a capacidade de refletir sobre o comportamento humano, tem papel fundamental junto ao cliente e família. Adverte Haguette (1992) que o comportamento humano é autodirigido e observável, o que permite ao ser humano planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que ele utiliza para realizar seus planos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo são abordados os passos metodológicos utilizados para a obtenção dos dados que subsidiaram o estudo.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, em uma abordagem qualitativa. De acordo com Marconi e Lakatos (2002), estudos exploratórios têm a finalidade de descrever completamente determinado fenômeno, tornando-o familiar aos olhos do pesquisador. Enquanto que o estudo descritivo tem a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos da situação estudada. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa qualitativa busca analisar e interpretar questões descritivas de maneira mais profunda, ao procurar descrever a complexidade do comportamento humano. (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Para Minayo (2008), o método qualitativo é aquele que se aplica ao estudo das relações dos seres humanos a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, do que sentem e pensam de suas relações, das crenças, de percepções, das opiniões e de suas interpretações.

3.2 Local da investigação

O local de pesquisa deve estar de acordo com o objeto de estudo definido no trabalho, conforme afirma Minayo (2008). A investigação aconteceu nos domicílios das famílias adscritas nas Unidades de Saúde da Família (USFs) do Município de Lajes, no Estado do Rio Grande do Norte (RN), Brasil, por se tratar do local de atuação da pesquisadora e onde foi observada a problemática deste estudo.

O Município de Lajes está localizado a 135 km da capital do Estado do RN, desenvolve a ESF dando cobertura a 100% da população, dividido em quatro áreas de atuação, sendo três unidades situadas na Zona Urbana (ZU) e uma na Zona Rural (ZR), as quais constitui-se espaços de referência para o desenvolvimento dos programas no contexto da ESF. Nessas UBSs atuam quatro equipes da ESF, cada uma composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório dentário e, em média, cinco agentes comunitários de saúde (ACSs). Referenciando os enfermeiros que compõem as

equipes, dois são obstetras, entretanto, apesar dos demais não serem especialistas nessa área, apresentam capacidade técnica para realizarem a consulta puerperal.

As equipes que compõem a ESF em apreço são responsáveis por 2.848 famílias que correspondem a 9.897 pessoas assistidas, a maioria na faixa etária de 40 a 49 anos. Em relação à escolaridade, pode-se destacar que, de 1.501 pessoas de 7 a 14 anos, 1.493 (99%) estão frequentando a escola e 5.979 (81%) acima de 15 anos são alfabetizadas. No que se refere às condições de moradia e saneamento, 99% das famílias residem em domicílios de alvenaria; 71% consomem água sem tratamento domiciliar; 87% possuem abastecimento de água através da rede pública; 62% são beneficiadas com o saneamento básico; 81% têm lixo coletado; e 99% têm energia elétrica em suas residências. Esses dados refletem que, apesar de alguns percentuais apontarem melhorias nas condições de vida da população, ainda constata-se a existência de famílias vivendo em condições precárias, conforme registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município em estudo referente, ao ano de 2009.

Ressalta-se que todas as USFs do município são providas de recursos materiais e humanos, estrutura física adequada, oferecendo atendimentos diários com programas de vigilância epidemiológica, como também vigilância sanitária implantada e em pleno funcionamento. Além disso, o município conta com um hospital local que viabiliza sistema de referência e contrarreferência. Salienta-se que, quando os usuários necessitam de procedimentos, consultas e exames de média e alta complexidade, são encaminhados à capital do estado, com disponibilidade de transporte.

3.3 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa 15 mulheres que estavam vivenciando o puerpério no período da realização do estudo. Embora, inicialmente, tenham sido determinadas 20 mulheres, o número de participantes foi considerado suficiente quando ocorreu a saturação dos dados coletados, ou seja, quando os depoimentos não trouxeram nenhuma nova informação. A inclusão das puérperas na pesquisa ocorreu mediante os seguintes critérios: ser adscrita na área de abrangência das quatro equipes que compõem a ESF do município em estudo; estar inscrita no SISPRENATAL; ter faculdades mentais preservadas; e que estivesse com no máximo 60 dias pós-parto, mediante registro no Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

De acordo com Minayo (2008, p.197), “o dimensionamento da quantidade de entrevistas a serem realizadas em uma pesquisa de abordagem qualitativa, deve seguir o

critério de saturação”. Segundo a autora, entende-se por saturação o reconhecimento pelo pesquisador de que conseguiu entender a lógica interna dos sujeitos em estudo.

3.4. Instrumento de Coleta de dados

Para a obtenção das informações, foi utilizado um roteiro de entrevista preestabelecido, contendo questões abertas e fechadas, subdividido em três partes: a primeira e a segunda constituídas de variáveis sociodemográficas e obstétricas, respectivamente, ambas com a finalidade de caracterizar as participantes; e, por fim, a terceira com uma questão específica ao objeto de estudo (APÊNDICE A).

Ressalta-se que o instrumento foi submetido ao pré-teste, numa população com características semelhantes às das mulheres pesquisadas, com a finalidade de verificar o entendimento das participantes quanto à questão norteadora. O pré-teste em um estudo qualitativo “consiste na realização de entrevistas com alguns interlocutores-chave, o que contribui para tornar mais clara e precisa a lista de temas e aspectos a serem conversados durante o trabalho de campo”. (MINAYO, 2008, p.192). Desse modo, segundo a mesma autora, o roteiro de entrevista pode e deve ser alterado, caso o pesquisador perceba que alguns temas não previstos estão sendo expressos pelos interlocutores.

Assim sendo, após a análise do pré-teste foi constatado que as mulheres demonstraram dificuldade quanto ao entendimento do termo “puerpério”. Diante dessa descoberta, a terminologia “puerpério” foi substituída por “resguardo”, de modo a facilitar o entendimento das mesmas, sem alterar a essência do documento. Após essa etapa, se procedeu a nova testagem e, não tendo sido observada nenhuma ocorrência, o instrumento foi considerado adequado, dando-se início à coleta de dados.

3.5 Procedimentos de Coleta de dados

Antes de ser iniciado o trabalho de campo, foi realizado previamente um contato formal, por meio de ofício, com a Secretaria de Saúde do município no qual o estudo foi desenvolvido, no sentido de se obter consentimento para acessar o banco de dados do SISPRENATAL, SIAB e o Sistema de Informação de Nascimento (SINASC). Nessas fontes foi identificado o número de partos ocorridos de junho a dezembro de 2009, com a finalidade de selecionar as mulheres que tiveram filhos nesse período. A permissão para se iniciar o trabalho ocorreu por meio do Ofício nº 208/09 – SMS (APÊNDICE D).

Em seguida, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da UFRN, obtendo parecer favorável nº 443/2009 (APÊNDICE E). Assim, de posse das autorizações necessárias, realizou-se levantamento das mulheres que atenderam aos critérios de inclusão. Desse total, 15 foram sujeitos da pesquisa, visto que a saturação ocorreu com esse número de entrevistadas. Junto a estas, foi feito contato inicial com a colaboração dos ACSs, para agendamento das entrevistas e consequentemente agilizar o processo da coleta de dados.

Desse modo, na data marcada a pesquisadora se dirigiu às residências das mulheres no intuito de convidá-las a participarem do estudo, mediante esclarecimentos quanto aos objetivos, finalidade e importância de sua colaboração na pesquisa. Além disso, prestava informações sobre voluntariedade; garantia do anonimato; ausência de gastos financeiros decorrentes de sua participação; indenização caso sofressem algum dano durante a coleta de dados que tivesse relação com a pesquisa, quando devidamente comprovado; e sobre o direito de desistir a qualquer momento da investigação, sem que isso lhes trouxesse prejuízo. Diante da resposta positiva, solicitava-se a autorização formal com a assinatura do TCLE (APÊNDICE B), em conformidade com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 1996).

Após o consentimento e assinatura do TCLE, se iniciava a coleta de dados propriamente dita, por meio da entrevista semiestruturada. De acordo com Haguette (1992), a entrevista é considerada um momento de interação entre duas pessoas, onde uma delas tem a finalidade de obter informações sobre a outra. Para Minayo (2008), na entrevista semiestruturada o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Essa etapa ocorreu entre os meses de março a maio de 2010. Cada entrevista durou em média 30 minutos, tendo sido gravadas mediante o consentimento das entrevistadas. Como forma de complementar à coleta de dados, utilizou-se as anotações do diário de campo sobre os acontecimentos observados durante a entrevista, a exemplo de expressão de tristeza, alegria, revolta, medo, dentre outros.

Vale ressaltar que não foram encontradas dificuldades para a realização do trabalho de campo. Acredita-se que isso ocorreu mediante o apoio do gestor no que diz respeito à facilidade de acesso aos documentos necessários à pesquisa, bem como a colaboração dos ACSs no agendamento das entrevistas, fato este fundamental para a otimização do tempo e, assim, conclusão da coleta de dados em tempo hábil e sem intercorrências.

3.6 Procedimentos para tratamento e análise dos dados

Os depoimentos foram transcritos e digitados no aplicativo Microsoft Word ao final de cada entrevista, de forma que as observações fossem obtidas com a maior precisão possível. Em seguida passaram pelo processo de organização da análise, com identificação dos núcleos de sentido, codificação e categorização, conforme os preceitos de análise de conteúdo segundo Bardin. (2000). Para essa autora, a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplica a discursos diversificados e visa obter o conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às mesmas. O interesse de revelar os significados no material qualitativo pode ser desenvolvido dentro da análise de conteúdo, compreendendo diferentes técnicas de análise.

Para o presente estudo, fez-se opção pela Análise Temática, que busca desvendar os núcleos de sentido, possibilitando uma comunicação representativa para o objetivo analítico proposto. Para isso, encontra-se estruturada em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, e por fim, a inferência e a interpretação. (BARDIN, 2000).

A pré-análise, segundo a mesma autora, é a fase de organização que compreende, dentre suas missões, a escolha dos documentos a serem submetidos à análise. Diante disso, inicialmente foi feita uma leitura flutuante, com a finalidade de estabelecer o primeiro contato com os documentos, delimitando aqueles que foram submetidos à análise, constituindo o *corpus* (material bruto). Entende-se por *Corpus* o universo pesquisado em sua totalidade. Ressalta que, para a escolha do *corpus*, algumas regras devem ser consideradas, tais como: exaustividade, que consiste em não excluir nenhum elemento; representatividade, ou seja, a amostragem necessita ser uma parte representativa do universo inicial; homogeneidade, onde os documentos selecionados devem obedecer aos critérios de escolha. (BARDIN, 2000).

Mediante a leitura exaustiva do *corpus*, foram destacadas partes do texto que contribuíram para a formação dos índices e dos indicadores. O índice consiste na menção clara de um tema, palavras, personagens, dentre outros, contidos em uma mensagem. (MINAYO, 2008). Após a escolha dos índices, se procedeu à construção dos indicadores. Para isso, os termos destacados, ou seja, os núcleos de sentido foram apreciados quanto à sua significação e classificação, surgindo os códigos, os quais foram agregados de acordo com sua semântica.

A codificação corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto que podem servir de índices. (BARDIN, 2000, p. 103).

Dando seguimento ao processo, os códigos foram categorizados e consequentemente deram origem a três categorias temáticas (e seis subcategorias) emergidas desse processo: **reconhecendo medidas preventivas de complicações puerperais; referindo sentimentos relacionados às mudanças de vida após o parto; recebem cuidados pós-parto.** Assim, essas categorias foram originadas mediante o tratamento dos dados, conforme demonstra a figura 1.

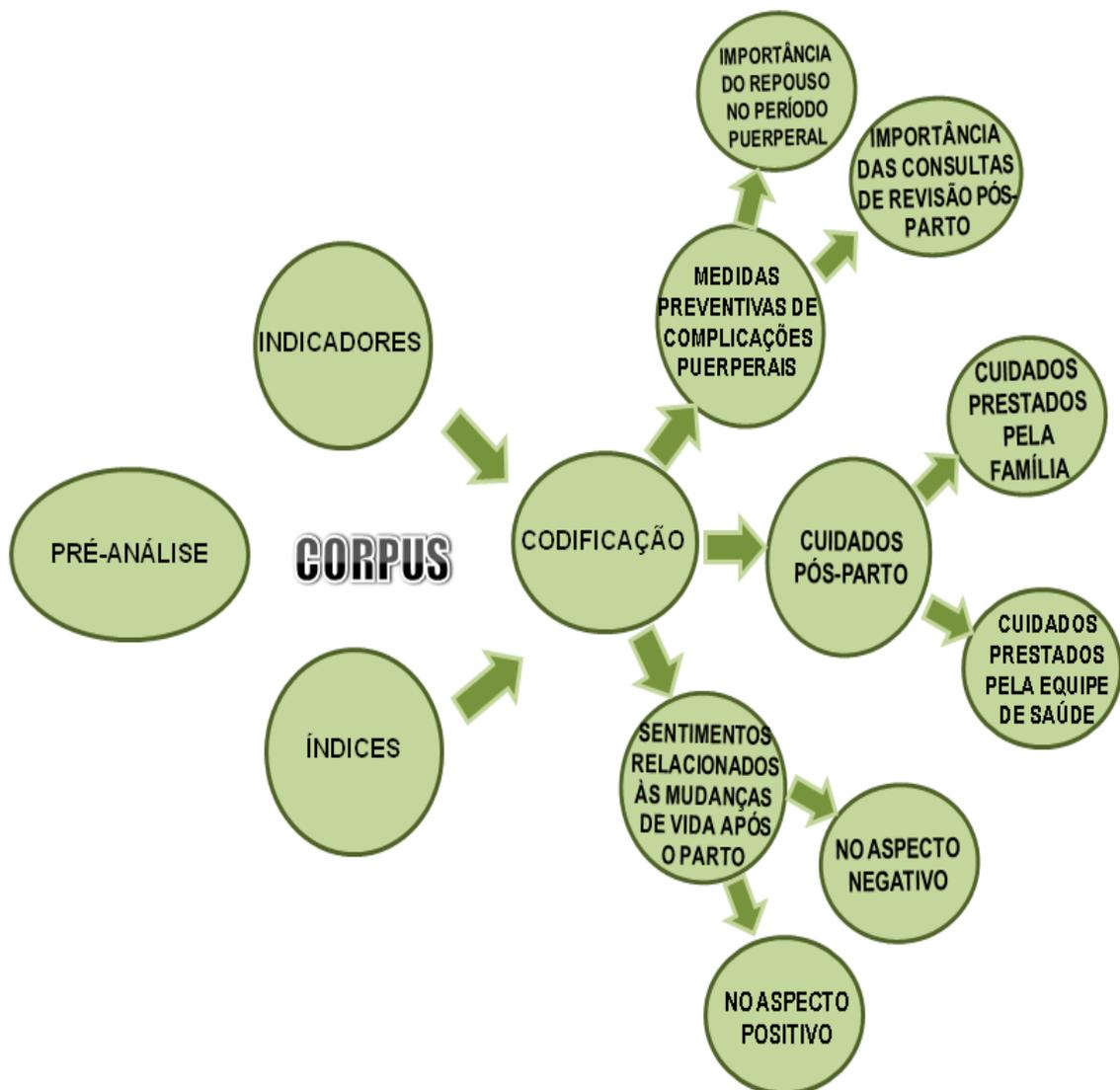


Figura 1 - Passos de Tratamento dos Dados

Essas temáticas, quando analisadas na sua essência, originaram a temática central: **vivência da mulher no puerpério**. Os dados foram discutidos com base no levantamento da literatura e a análise foi realizada à luz dos princípios do Interacionismo Simbólico, segundo Blummer.

Segundo TRIVIÑOS (1992), o teor de qualquer enfoque qualitativo é dado pelo referencial teórico no qual se apoia o pesquisador. Na concepção de Dupas et al. (1997), o marco teórico que melhor embasa a prática de enfermagem – pesquisa, ensino e assistência, é o Interacionismo Simbólico, porque ele valoriza, sobretudo, o significado que o ser humano atribui às suas experiências. Assim, as temáticas originadas foram analisadas com base nos princípios dessa teoria que se preocupa com os aspectos internos do comportamento humano, onde as ações individuais e coletivas são construídas mediante a interação do indivíduo com ele mesmo e com as outras pessoas, e que, definindo situações semelhantes, agem no contexto no qual estão inseridos.

Vale ressaltar que para garantir o anonimato das participantes foram atribuídos nomes fictícios a cada uma delas. Assim sendo, no estudo são referenciadas como: brilhante, esmeralda, topázio, pérola, ágata, jade, ônix, água marinha, opala, cristal, rubi, quartzo, diamante, ametista e turquesa. A escolha de nomes de pedras preciosas deu-se por concordar com Oliveira (2007), quando considera que estas são raras e sua forma bruta incumbe seu real valor. No entanto, quando lapidadas, refletem e encantam pela sua beleza.

Apresentação, Discussão e Análise dos dados

4 APRESENTAÇÃO DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo trata da caracterização das participantes do estudo, mediante a apresentação dos dados sociodemográficos e obstétricos. Alguns indicadores quantitativos são brevemente apresentados, para se conhecer o perfil do grupo estudado. Em seguida, as categorias e subcategorias que surgiram das falas das entrevistadas foram analisadas segundo o referencial teórico e metodológico propostos para a investigação, ou seja, os princípios que regem o Interacionismo Simbólico conforme Blummer, e discutidas com base na literatura pesquisada.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Os dados sociodemográficos e obstétricos apresentados têm como único objetivo oferecer ao leitor uma descrição das participantes do estudo, visto que se trata de uma pesquisa qualitativa.

Foram envolvidas na investigação 15 mulheres, com idades entre 18 e 31 anos, predominando a faixa etária de 18 a 21 anos. Essas mulheres se encontravam em idade de plena capacidade reprodutiva e produtiva, correspondendo a 60% das entrevistadas. Assim sendo, a maioria delas estava iniciando a fase de adulto jovem. Acredita-se que, nesse período, a imaturidade seja um fator que influencia a responsabilidade da mulher no processo reprodutivo.

Quanto ao grau de instrução, 60% das puérperas concluíram o ensino médio, levando a considerar que as mesmas possuíam escolaridade favorável a uma melhor compreensão dos cuidados necessários durante o puerpério, dentre eles, a revisão pós-parto. Tratando-se do estado civil, 87% conviviam com companheiro sob o mesmo teto e, destas, 13% eram casadas e 74% viviam em regime de união consensual.

Referindo-se aos dados obstétricos, 53% das pesquisadas haviam vivenciado o parto normal e 47% tinham se submetido à cesariana. Em relação aos antecedentes obstétricos, 66% estavam experienciando a maternidade pela primeira vez, todas tiveram partos a termo e 20% afirmaram terem tido aborto espontâneo. Ressalta-se que a maioria pariu em outros municípios (73%). Concebe-se que esse fato contribui para aumentar a dificuldade na adesão da puérpera à revisão pós-parto pela deficiência da contrarreferência à UBS na qual se encontra adscrita a mulher.

No que diz respeito às consultas durante o puerpério, 53% não realizaram a revisão pós-parto. Embora 47% das entrevistadas afirmassem ter tido acesso à consulta puerperal, a maioria fez apenas uma consulta, contrariando a orientação do Ministério da Saúde (MS), que preconiza duas consultas durante o puerpério. Ao indagar sobre os motivos que as levaram a não participar dessa assistência, 88% alegaram não ter recebido orientação nesse sentido.

Acredita-se que esse fato tenha ocorrido em virtude da incipiente importância atribuída à consulta de revisão pós-parto pelos profissionais de saúde. Sabe-se que tal situação passa por um processo de transição no qual o Ministério da Saúde, por meio do PAISM, reconhece a necessidade da consulta de revisão pós-parto, que deve acontecer entre o sétimo ao décimo dia, e com 42 dias após o nascimento da criança. Para isso, se faz necessária uma atuação multiprofissional no contexto da atenção à saúde, de maneira interligada, com vistas a alcançar os objetivos do PHPN. (BRASIL, 2006).

4.2 APRESENTANDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

O tratamento das falas, bem como as observações realizadas em campo, deu origem a três categorias que concorreram para o surgimento da temática central, conforme demonstra o Quadro 1

TEMÁTICA CENTRAL	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Vivência da mulher no puerpério	4.2.1 Medidas preventivas de complicações puerperais	4.2.1.1 Importância do repouso no período puerperal 4.2.1.2 Importância das consultas de revisão pós-parto
	4.2.2 Sentimentos relacionados às mudanças de papéis após o parto	4.2.2.1 Aspecto positivo 4.2.2.2 Aspecto negativo
	4.2.3 Cuidados pós-parto	4.2.3.1 Cuidados prestados pela família 4.2.3.2 Cuidados prestados pela equipe de saúde

QUADRO 1 – Apresentação da temática central, categorias e subcategorias

Fonte: dados da própria pesquisa

4.2.1 Medidas preventivas de complicações puerperais.

Esta categoria abrange duas subcategorias, quais sejam: importância do repouso no período puerperal; e importância das consultas de revisão pós-parto.

4.2.1.1 Importância do repouso no período puerperal

As entrevistadas expressaram medo com relação a complicações e reconheceram que estas podem ser evitadas por meio do repouso durante o período puerperal:

Repousei muito, não tive a vida que tinha antes. Só comecei a cuidar das coisas depois de 30 dias, porque eu tinha medo de prejudicar alguma coisa da minha saúde, principalmente de infeccionar meu parto e abrir os pontos. (TOPÁZIO)

Resguardo é ter que ficar de repouso durante 45 dias. As outras pessoas fazem as coisas por você. Minha mãe lava a louça, cuida da minha casa, lava a roupa, não deixa eu fazer nada. Tem horas que dá uma agonia, porque não deixam a gente fazer nada, nem cuidar do bebê do nosso jeito. (AMETISTA)

O repouso foi referenciado pelas depoentes como meio de evitar complicações pós-parto. Esse período, conhecido popularmente como resguardo, representa uma fase em que a mulher, dentre outras atividades, deve abster-se de trabalhos domésticos como meio de preservar a sua saúde. Dessa forma, o puerpério é perpassado por concepções que velam conhecimento do senso comum e dentro de um processo interacionista adquire um significado voltado para o descanso.

Partindo do princípio de que o ser humano tem como base de suas ações os símbolos por ele interpretados e definidos, pode-se dizer que a integração das entrevistadas no contexto puerperal ocorreu mediante a interpretação e definição do pós-parto como fator predisponente a danos irreversíveis como a morte, caso não se tenha os cuidados necessários durante esse período, como foi possível constatar na fala de Quartzzo:

Resguardo é ter repouso, não posso fazer nada. Toda coisa que eu quero fazer, mãe diz que não é para fazer, porque lá na frente pode acontecer alguma coisa. Agora eu não tô sentindo nada, mas lá na frente diz que posso sentir. Tenho muito medo ter uma complicação e morrer. Por isso tenho que ter repouso. (QUARTZO)

A morte foi referenciada pela depoente como consequência de complicações, o que a leva a experienciar o sentimento de medo. Nesse processo, a morte simbolicamente representa o final de um percurso e, conseqüentemente, desmembramento de uma estrutura familiar. Assim sendo, os membros da família tendem a adotar condutas de proteção, proibindo os

afazeres domésticos tais como: não lavar roupas, não varrer a casa, não lavar louças, não pegar peso, não ficar muito tempo em pé, entre outras, como forma de preservar a saúde e a vida da puérpera.

Segundo Monticelli (1997), esses impedimentos são necessários com o intuito de evitar o aparecimento de complicações que irão desencadear doenças e até mesmo a morte. Nessa abordagem, a fala de Topázio reafirma tais definições, quando a mesma relata que só começou a cuidar das atividades domésticas depois de 30 dias, porque “tinha medo de prejudicar alguma coisa” relativa à sua saúde.

Desse modo, a puérpera obedeceu a determinadas regras no pós-parto embasadas nas referências das pessoas do seu meio relacional. Assim, os conhecimentos adquiridos estão ligados à transmissão de experiências, fazendo com que as filhas se apoiem nos exemplos e ensinamentos de suas mães, repetindo a vivência destas como modelos a ser seguidos. (MACHADO, 2001).

Nesse sentido, o puerpério era perpassado por crenças e tabus que influenciavam a elaboração do significado do pós-parto para as entrevistadas. Segundo Stefanelo (2005), as pessoas acreditam que o corpo da mulher abre-se com o parto, ficando exposto a doenças, fechando-se quando termina o puerpério, ou seja, 45 dias após o nascimento da criança. Conforme Helman (1994, p.158), nessa fase “a mulher fica confinada em casa, aos cuidados de familiares, seguindo uma dieta especial e observando determinados tabus”. Visto isso, a puérpera deve obedecer a algumas restrições e manter-se em repouso, a fim de evitar problemas futuros.

De acordo com os aportes do Interacionismo Simbólico, entende-se que os significados emergiram do processo de interação entre a puérpera e as pessoas que participaram direta ou indiretamente desse momento – mãe, sogra, irmã, vizinha, esposo e profissionais de saúde. Assim, considerando as expressões de significado que emergiram das falas das depoentes, o pós-parto é um período em que a mulher precisa ter repouso como forma de evitar complicações, e ser cuidada, tanto pela família quanto pela equipe de saúde, como se pôde observar nos depoimentos.

Sabe-se que, após o parto, a mulher tem necessidade de atenção física e psíquica, e a relação com seu filho ainda não está bem elaborada. Por isso, as atenções não devem ser concentradas apenas na criança. Nesse momento, o alvo da atenção deve ser a puérpera(.) (BRASIL, 2003). A fala de Pérola, por exemplo, expressava tristeza, por não ter tido o apoio da família tão necessário para ela durante o puerpério. Nesse caso, a angústia pela falta do repouso foi evidente durante a entrevista. Naquela ocasião, constatou-se que a entrevistada

concebia o pós-parto como um momento em que ela deveria repousar e, assim, evitar complicações consideradas por ela como a quebra do resguardo.

Acho que não tive resguardo, porque resguardo é quando você tem repouso, fica deitada. Mas eu não tive não, porque tinha que fazer minhas coisas, não tinha quem fizesse mesmo, quem tinha que fazer era eu mesma. (PÉROLA)

Nessa abordagem, Costa (2001) reforça que o pós-parto é uma fase popularmente chamada de resguardo ou quarentena. Definições estas que trazem significados para as mulheres: um período em que devem se resguardar, cuidar e obedecer a certas regras, com o intuito de diminuir a possibilidade de adoecer, condição mais temida pela puérpera.

Mãe não deixa varrer a casa, lavar a louça, porque vó diz que pode quebrar o resguardo. (CRISTAL)

Enfim, tratando-se da subcategoria em apreço, pôde-se constatar que o pós-parto é uma fase em que devem ser proporcionados repouso e tranquilidade à mulher. É um período cercado de crenças e tabus repassados de geração em geração, principalmente pelas avós e mães, e aceitos como fundamentais para uma boa recuperação após o nascimento do bebê. Visto isso, as entrevistadas demonstraram reconhecer a importância do repouso bem como da revisão pós-parto na prevenção de complicações, de modo a evitar a morbidade e mortalidade materna.

4.2.1.2 Importância das consultas de revisão pós-parto

Esta subcategoria diz respeito ao conteúdo das falas que expressaram o entendimento da puérpera quanto à importância das consultas de revisão pós-parto. Dessa forma, as entrevistadas demonstraram a sua compreensão, afirmando ser este um momento importante para a saúde, pois, por meio dessa assistência, é possível prevenir complicações, conforme exemplificado nas falas a seguir:

Sei que é importante para evitar complicações que podem aparecer após o parto. (TOPÁZIO)

Achei muito bom a revisão, porque tirei muitas dúvidas sobre várias coisas. Se eu não tivesse ido, poderia ter acontecido o pior. (ÁGATA)

A revisão pós-parto foi ressaltada como um meio para o diagnóstico precoce de patologias e com isso evitar problemas futuros. Assim sendo, compreende-se que as entrevistadas atribuíram um significado à consulta puerperal elaborado a partir das interações que tiveram com seu mundo de objetos durante toda a sua vida. Isto é, o que haviam ouvido das mães, dos parentes, dos meios de comunicação, dos profissionais de saúde, dentre outros. Logo, as experiências prévias das mulheres foram decisivas para considerar ou não a revisão pós-parto significativa no seu processo de saúde/doença.

Ao vivenciar o pós-parto, a mulher encontra-se repleta de emoções advindas de sua interação com a realidade, de forma que o significado atribuído por ela ao puerpério é visto como um momento complexo e preocupante, requerendo cuidados especiais para aquelas que o vivenciam. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem contemplar o acompanhamento da puérpera por meio do exame físico, privilegiando os aspectos psicológicos, espirituais e o respeito às crenças religiosas, como também o seu significado para a saúde dessa mulher. Assim sendo, pode-se dizer que, no puerpério, a atenção, o carinho e outros cuidados poderão ser fundamentais para superação de dificuldades, levando-as a verbalizar dúvidas, anseios e preocupações.

Diante da labilidade emocional da puérpera, percebe-se a grande responsabilidade dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, em colaborar para que a mulher possa enfrentar o processo da maternidade de forma tranquila e sem intercorrências(.) (DODT et al., 2010). Assim, os cuidados de enfermagem à puérpera têm a finalidade de colaborar no pós-natal, avaliando e identificando possíveis anormalidades e também as adaptações fisiológicas e comportamentais que ocorrem nessa fase. Além disso, deve-se considerar a interação da mulher com seu filho, seus familiares e outros entes significativos para ela. (RODRIGUES et al., 2006).

Perante a complexidade desse período, espera-se que a revisão pós-parto considere as características e peculiaridades da puérpera e as ações a serem desenvolvidas junto a elas, tanto em domicílio quanto nos serviços de saúde. A consulta puerperal foi mencionada pelas depoentes como um momento oportuno para o desempenho de procedimentos que viessem prevenir complicações. Frente a essa concepção, evidenciaram conhecimento sobre a necessidade do exame físico e ginecológico.

Acho que nessa revisão é preciso examinar a pessoa completamente, porque vai que tem um problema na mama! Tem muita mulher que tem problema na parte íntima, no colo do útero, essas coisas. Se tivesse alguma doença, cuidando cedo a doença não ia se desenvolver. (BRILHANTE)

[...] eu acho muito importante a revisão depois do parto, porque vai analisar se você tá com algum problema na cirurgia, se tá com alguma infecção vaginal. Aquele cuidado todinho. [...] eu acho muito bom, porque evita muitas complicações para a mulher, para que ela não chegue ao óbito. Eu fiz a revisão com 40 dias. Foi muito bom, porque a enfermeira fez um exame completo em mim, olhou tudo, até o preventivo foi feito para ver como estava por dentro. Depois da revisão de parto fiquei tranqüila, porque ela disse que tava tudo bem comigo, não tinha nenhum sinal de doença em mim. (OPALA)

Apesar de possuírem certo conhecimento teórico sobre o assunto, as puérperas demonstraram, por ocasião da entrevista, medo e ansiedade ante a incerteza do que pudesse vir a acontecer nessa fase. Desse modo, entende-se que elas se preocuparam em manter sua estabilidade fisiológica e, para isso, visualizaram a consulta puerperal como um processo que proporciona a saúde.

A esse respeito, Souza (2002) orienta que o exame da mulher no puerpério deve atender para todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna, com destaque para o útero, por ser o primeiro órgão a passar por modificações. Em relação aos lóquios, ressalta a persistência de sangramento além do quinto dia de puerpério, o que pode anunciar laceração do trajeto, retenção placentária e/ou hipotonia ou atonia uterina. É fundamental a inspeção do assoalho pélvico, região perineal (episiorragia) ou a região suprapúbica (incisão abdominal), quando for o caso, para certificar-se da adequada cicatrização da ferida cirúrgica e do aparecimento de complicações como hematoma, infecção, deiscência, entre outros. É preciso considerar também as alterações gerais, dentre elas, os sinais vitais: a temperatura que aumenta normalmente nas primeiras 24 horas; queda da frequência cardíaca na primeira semana; restabelecimento do padrão respiratório; e retorno dos valores tensionais nas primeiras 24 horas do puerpério.

A consulta pós-parto é a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido. Portanto, é um momento de atenção à saúde da mulher e não da mãe, no intuito de evitar que ocorra um viés na percepção dos cuidados puerperais. Esse seguimento clínico permite estabelecer condutas para garantir o adequado intervalo

interpartal, protegendo a mulher e melhorando os resultados perinatais. Além disso, permite avaliar a puerpera integralmente, com a finalidade de detectar alterações relevantes, como anemia, estados depressivos, infecção, e evitar complicações puerperais. (SERRUYA; CECATTI; LAGO 2004).

Entretanto, a reconhecida importância da revisão puerperal não tem garantido boa cobertura desse procedimento, como se observa no cotidiano das UBSs. Concorde-se com Parada (2008), quando afirma que, por diferentes razões, essa consulta tem baixíssima frequência na atenção básica, podendo-se citar dois motivos para essa realidade: falha no registro dos dados na planilha do SISPRENATAL e falta de estrutura dos serviços do nível primário para sua realização.

Teoricamente, os serviços de saúde reconhecem a consulta puerperal como necessária, mas admitem a ausência de estratégias para a sua realização. Visto isso, é preciso compromisso político em relação às premissas filosóficas do SUS e também com as mulheres, para a concretização das mudanças necessárias. Para tanto, programas, estratégias de atenção e monitoramento de resultados são instrumentos auxiliares nessa caminhada, pois, quando utilizados com responsabilidade e compromisso, tornam-se ferramentas fundamentais no planejamento de ações voltadas para a melhoria da saúde da população. (PARADA, 2008).

Outro fato apontado é a argumentação de que as mulheres não retornam à UBS após o parto. Porém, os dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI) revelam número significativo de recém-nascidos que comparecem aos postos de saúde para serem vacinados com a segunda dose da hepatite B, a qual é administrada com 30 dias de vida. Ressalta-se que geralmente, essas crianças são trazidas pelas genitoras, logo, esse momento poderia ser oportuno para a realização da consulta pós-parto.

Nessa abordagem, convém lembrar que o término do acompanhamento de uma gestante se dá com a consulta de revisão de parto, a ser realizada até 42 dias após o nascimento da criança. O PHPN considera essa atividade indispensável no conjunto da assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004). No entanto, para os serviços e alguns profissionais, o parto é o final do processo gestatório, logo, não valorizam esse retorno. (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Desse modo, a lacuna existente no planejamento e na execução da assistência tem desencadeado dificuldades na consolidação efetiva do atendimento na fase puerperal, pois as participantes do presente estudo, embora tenham demonstrado reconhecer a importância da revisão pós-parto, poucas retornaram aos serviços de saúde em busca dessa assistência, como exemplifica a fala a seguir:

É importante para ver como está o útero, se tá tudo bem. Meu resguardo foi bom, não tive problema, por isso não me importei de fazer a revisão depois do parto.
(JADE)

Nessa linha de consideração, Gonçalves (2001) entende o puerpério como um acontecimento de grande importância no ciclo vital da mulher. Entretanto, o que acontece na maioria das maternidades é conceder alta hospitalar sem esclarecimentos acerca de uma contrarreferência no sistema de saúde público, que assegure as puérperas retornarem às UBSs para seu próprio atendimento.

Considerando a revisão pós-parto como uma das medidas preventivas de complicações puerperais, e mediante os depoimentos, é possível afirmar ser um momento que guarda as possibilidades de riscos e agravos ao estado físico e psicológico da mãe, com repercussão no recém-nascido. Portanto, entende-se que o período grávido-puerperal envolve uma gama de preocupações relativas não só ao nascimento da criança, como também ao que pode acontecer com o próprio corpo da mulher. Diante disso, para as entrevistadas, os significados relativos à prevenção de complicações estão diretamente relacionados ao repouso e à realização da consulta puerperal. Assim sendo, terão um resguardo tranquilo, livre de problemas e, por conseguinte, entremeado por diferentes sentimentos.

4.2.2 Sentimentos relacionados às mudanças de papéis após o parto

Esta categoria trata dos sentimentos das puérperas acerca das mudanças de vida após o nascimento do seu filho. De acordo com Penna, Carinhonha e Rodrigues (2006), o puerpério é um período de adaptação física e emocional em que a mulher vivencia o confronto entre as expectativas construídas durante a gestação e a realidade do período após o parto. Trata-se de um momento de conflitos em que se alternam na mulher sentimentos de alegria, medo, alívio, ansiedade, realização, dificuldade e dúvida. Esses sentimentos podem ser considerados negativos ou positivos de acordo com a interação simbólica que a puérpera estabelece com ela mesma, com o outro e com o momento vivenciado.

4.2.2.1 Sentimentos positivos vivenciados pela mulher durante o puerpério

As mudanças de vida após o parto foram vivenciadas por algumas depoentes como uma experiência agradável e prazerosa, o que, em primeira instância, é resultado de uma atitude positiva da mãe diante da maternidade. As falas retrataram que a chegada de uma criança no âmbito familiar é uma etapa de transformação para todos, mas, sobretudo, para a mulher. Apesar das alterações presentes no período puerperal, as entrevistadas verbalizaram que experienciar a maternidade é mudar a vida para melhor, conforme observa-se nas falas a seguir:

Ela é muito braba, mas meus irmãos gostam muito dela e o pai também. Minha mãe caduca demais. [...] Tô gostando muito de ser mãe. (RUBI)

O nascimento do bebê trouxe só mudança para melhor, foi uma grande alegria para toda a família, até o relacionamento com o marido melhorou. Só tive alegria depois que ela nasceu. (DIAMANTE)

A chegada de um novo membro à família gera modificações, pois traz consigo a reformulação nos papéis e nas regras de funcionamento familiar. Conforme Pereira e Piccinini (2007), o nascimento de uma criança é um acontecimento no contexto familiar, passível de influenciar, de forma diversa, o equilíbrio eventualmente desfrutado por cada membro da família. As palavras de Rubi corroboram com os autores, quando ela diz: “*lá em casa era muito quieto e agora é animado*”. Além disso, para as participantes, ser mãe se reveste de intensas mudanças tanto na vida pessoal como familiar. Diante dos depoimentos, concebe-se que o apoio familiar, e principalmente do companheiro, em situações de nascimento, interfere de forma significativa no cotidiano da puérpera.

Nos primeiros dias após o nascimento do bebê, a maioria dos pais demonstrou um envolvimento emocional positivo com o filho, expresso em sentimentos de alegria. Desse modo, a demonstração de alegria é resultado do momento vivenciado com a chegada do filho, simbolizando o amor entre o casal. (FIGUEIREDO et al., 2007).

Assim, a felicidade pela presença do bebê tende a favorecer momentos amorosos entre os cônjuges, como foi possível observar na fala de algumas depoentes. Isso leva a acreditar que o nascimento de um filho proporciona mudanças não só de identidade – mãe e pai – como também na vida do homem e da mulher diante da nova realidade. Nessa linha de pensamento,

Castelain-Muenier (1993) afirma que a felicidade pela presença do bebê tende a favorecer momentos amorosos entre o casal. Isso foi possível de observar na fala de algumas depoentes.

De acordo com Brito (2001), o modo como o homem entende a sua vivência no ciclo grávido-puerperal contribui para que o mesmo exerça influências positivas na gravidez, parto, pós-parto e aleitamento materno. Nessa perspectiva, é necessário que se estabeleça uma assistência integral desde o pré-natal, de modo que as dúvidas e os anseios do casal sejam compartilhados e minimizados conjuntamente.

Constatou-se que as alterações na vida dessas mulheres proporcionaram crescimento pessoal, ao perceberem a dependência da criança a elas. Diante disso, expressaram senso de preocupação, responsabilidade e sentimentos de felicidade, como também satisfação por terem um objetivo de vida concretizado.

Tem que cuidar do bebê, dar de mamar. Eu sempre tive o desejo de amamentar até os 6 meses. É muito boa a sensação de amamentar, de dar o alimento ao seu filho. É muito bom ser mãe. Você não está mais sozinha. (TURQUESA)

Essa fala revela que o puerpério é um momento permeado por sentimentos e sensações agradáveis que tendem a estabelecer o vínculo mãe-bebê, a partir do significado que o filho tem para ela. Assim sendo, a fala de Turquesa, quando analisada sob a luz do Interacionismo Simbólico, denota que a efetivação da maternidade advém de um processo de interação que revela sentimentos profundos: “[...] você não está mais sozinha”.

Embora se tenha evidenciado que as concepções que regem as relações mãe e filho sobrepõem-se às responsabilidades e obrigações para com o recém-nascido, na perspectiva de atender as necessidades do mesmo, a mulher tende a suplantá-las. Tal fato leva à compreensão de que as entrevistadas atribuíram maior importância às necessidades do neonato em detrimento às suas, velando possíveis riscos maternos.

[...] só não é muito bom de madrugada, porque ela acorda direto aos gritos, aí eu vou dar de mamar. Ela adormece, mas depois de 2 horas começa tudo de novo. Mas é um cansaço bom, porque estou curtindo a minha filha, dando de mamar. [...] Tô gostando muito de ser mãe. (RUBI)

Diante dessa possibilidade, os cuidados no pós-parto devem ser percebidos pelos profissionais de saúde não somente como uma ação que garante o bem-estar do recém-nascido, mas também como um processo que se expande e reflete nas demais interações e

necessidades femininas como mãe, esposa e mulher. Visto isso, é fundamental que, após o nascimento de um filho, a puérpera receba apoio emocional, físico e informacional, de modo que o puerpério possa ser vivenciado de forma saudável. Assim sendo, trará benefícios não apenas para a criança, mas, sobretudo, para a mulher que se sente gratificada ao experienciar esse momento, entremeado de satisfação, amor, gratificação e o prazer de ser mãe. Entretanto, outros sentimentos contrários ao bem-estar da puérpera podem surgir.

4.2.2.2 Sentimentos negativos vivenciados pela mulher durante o puerpério

Após o nascimento do filho, a puérpera passa a apropriar-se da nova situação e conscientiza-se de que o bebê é totalmente dependente dela. Desse modo, novas responsabilidades e experiências passam a fazer parte do seu cotidiano como mãe.

É uma experiência que eu não quero passar de novo. Dá muito trabalho, só eu que cuido agora [...] Mudou muita coisa. Antes eu dormia, dedicava muito tempo a mim. Mas hoje não dedico mais, eu tinha mais tempo para mim, mas agora eu tenho de quem cuidar. (TOPÁZIO)

As consequências da maternidade se refletem na fala da puérpera, quando relata ter havido mudanças no seu dia a dia frente ao desafio de cuidar do recém-nascido, além dos afazeres domésticos. Durante o puerpério, surgem os sentimentos mais amplos de ser mãe e, em função disso, é preciso cultivar a sensibilidade e a paciência para alcançar a maturidade psicológica, de modo a enfrentar os problemas e aprender a lidar com as transformações e abnegações advindas do nascimento de um filho.

Após o parto, a mulher tem o seu ritmo de vida alterado, o que implica na vivência de novos sentimentos e situações que ela se vê obrigada a passar. No caso de Topázio, a experiência da maternidade provocou um somatório de sensações percebidas por ela como algo negativo, o que muitas vezes pode chegar a situações patológicas como, por exemplo, a depressão puerperal.

Diante de tantas mudanças impostas pela maternidade, conforme se constata nas falas das depoentes, a mulher torna-se vulnerável, pois percebe que essas transformações trazem restrições à sua vida, fazendo com que perca a liberdade anteriormente conquistada.

Assim, surge o sentimento de negatividade como uma lamentação pelas várias perdas que a maternidade aparentemente traz. As entrevistadas corroboraram com Gonçalves e Merighi (2001), quando consideraram que o fato de ser mãe leva a mulher a perder a liberdade de ir e vir como antes, à perda de espaço e tempo para si, para seu parceiro e amigos, além de perder a individualidade. Entende-se que essa situação merece destaque, visto que a experiência adversa tende a se sobrepor ao sentimento de plenitude vivenciado durante o puerpério com a chegada do bebê.

No período puerperal, a mulher interage também com elementos determinados pelo seu papel de mulher, seus projetos de vida profissional, pessoal e com as implicações que a maternidade tem em todas as dimensões de sua vida. De acordo com Topázio, a mudança ocorrida com a chegada do filho a faz sentir-se vulnerável, insegura e triste, diante do único papel que visualizava no sistema familiar, cuidar do filho.

Para as mulheres o significado maternal se reflete nos sentidos que atribuem ao cuidado materno. Assim sendo, a prioridade é atender oportunamente às necessidades do filho, visto que a maternagem é entendida como uma condição inerente ao sexo feminino, cabendo à mulher a maior responsabilidade para com a criança, em detrimento do autocuidado. Mediante essa possibilidade, se faz necessário que a família esteja atenta às precisões da puérpera, levando em consideração a maternidade como uma das funções da mulher, que deve ser incorporada no movimento da sua vida, junto aos demais papéis e atividades desempenhadas por ela.

Nessa abordagem, Souza (2001) menciona o puerpério como uma fase na qual a autoconfiança feminina encontra-se em crise. Tornar-se mãe é um momento de transição que requer reorganização de todos os papéis que integram o autoconceito da mulher. Acrescenta ainda que nesse período vários sentimentos estarão se misturando no decorrer dos dias, fato este também evidenciado nas falas das participantes deste estudo

[...] não tive ajuda de ninguém. Isso me deixa muito triste, me senti abandonada. Ao mesmo tempo que sinto alegria por estar com meu bebê nos braços, sinto também muita tristeza, porque fico muito sozinha, sem ter nem com quem conversar, chega a dar um desespero. (ÁGUA MARINHA)

Esse depoimento revela que durante o puerpério ocorre uma mistura de sentimentos vivenciados pela mulher, pois, apesar de feliz, está preocupada, apreensiva, insegura e triste. Maldonado (2000) explica que muitas vezes a mulher não encontra espaço para extravasar

seus sentimentos e a ambivalência é vivida no seu íntimo. Acrescenta Parker (1997) que essa ambivalência vivenciada pela puérpera faz parte do processo, pois a mãe precisa atender às suas próprias necessidades, bem como aprender a lidar com os sentimentos que surgem durante a fase puerperal.

Nessa discussão, vale lembrar que as modificações anatômicas e fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher, a responsabilidade cultural e social de prover saúde, afeto e proteção ao recém-nascido, bem como a ansiedade e o medo de não conseguir desempenhar bem esse novo papel são fatores que contribuem para transformar o puerpério em um período extremamente complexo. (BRASIL, 2003).

No entendimento de Sonogo (2004), ao tornar-se mãe ocorre um cenário de mudanças psicossociais na vida da mulher. Essas mudanças requerem dela uma redefinição de papéis e a necessidade de adaptações e transformações pessoais. É nessa fase que as mães iniciam o processo de conhecimento do filho, aprendem a cuidar dele, como também precisam organizar o cotidiano doméstico com a presença de um novo ser. A partir dessa realidade ocorrem alterações no contexto familiar, em função dos novos desafios, uma vez que se trata de um momento diferenciado, permeado por sentimentos diversos, dadas as condições físicas e emocionais da puérpera.

Partindo do princípio de que o significado surge do processo de interação entre os seres humanos, na maneira como eles agem um com o outro em relação a uma determinada coisa ou evento, como admite Blummer (1969), é possível considerar que os significados trazidos pelas entrevistadas surgiram da interação estabelecida entre elas, seus filhos, familiares e com as mulheres que já tinham vivenciado a maternidade. Esses significados são compartilhados e socializados. Assim, os valores culturais que foram desenvolvidos no cotidiano familiar são trazidos para a sociedade.

De modo geral, as depoentes demonstraram que ser mãe implica em mudanças na vida pessoal e familiar permeadas de emoções e sentimentos de responsabilidade, o que exige o planejamento de novos projetos para o futuro. Assim sendo, ao vivenciar o puerpério, a mulher sente-se responsável pelo bebê, sobrecarregada, limitada e vulnerável. Considera a maternidade como algo único, mágico, porém percebe essa nova fase como um momento de transformações que pode ser vivenciada por elas de forma positiva, como também negativa. Diante dessa realidade, a mulher necessita de cuidados e apoio por parte dos familiares e dos profissionais de saúde.

4.2.3 Recebendo cuidados no pós-parto:

Na conjuntura de assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal, o cuidado pós-parto tem se construído essencialmente no espaço da família e na instituição de saúde. Uma complexa rede de relações se estabelece nas quais são estruturadas ações de ajuda no cuidado com o bebê e com a puérpera. Nesse sentido, esta categoria referencia os cuidados recebidos pela mulher durante o pós-parto, no âmbito familiar bem como nas UBSs. Assim sendo, duas subcategorias são apresentadas: cuidados prestados pela família e cuidados prestados pela equipe da ESF.

4.2.3.1 Cuidados prestados pela família

A maioria das participantes afirmou ter percebido a assistência recebida pelos familiares como benéfica, considerando que a fase puerperal requer cuidados e repouso. Tal acontecimento fez com que as mesmas se sentissem seguras por contarem com a colaboração de outras pessoas no desenvolvimento dos afazeres domésticos. Isso representou, para as entrevistadas, a possibilidade de ter o repouso necessário durante o resguardo. As falas apontaram os familiares como aquelas pessoas que estavam presentes junto a elas, com quem se identificavam e se sentiam bem.

Tô tendo ajuda da minha tia, que tá lavando roupa, fazendo as minhas coisas [...]. Graças a Deus, está sendo muito boa a minha recuperação. (OPALA)

Meu resguardo foi ruim no começo, porque não tinha muita assistência para mim aqui em casa, porque quem cuidou de mim foi minha irmã e minha cunhada, mas elas tinham que fazer também as coisas delas. Aí, com 15 dias eu já comecei [...] a lavar a louça, varrer a casa... (BRILHANTE)

Esses discursos são esclarecedores quanto ao posicionamento dos familiares no pós-parto. Constatou-se que os membros mais experientes e mais próximos, a exemplo da mãe, sogra, irmãs e tias, tornaram-se cuidadoras puerperais. Assim, ao entrar em contato com a puérpera, os profissionais deparam-se, direta ou indiretamente, com a família no desenvolvimento do cuidado.

Para Martins et. al (2008) e Zeferino et. al (2008), o cuidado se refere a qualquer pessoa que ajuda outra a garantir a vida e não está relacionado a um ofício, nem mesmo a uma

profissão. O cuidado é, então, entendido como inerente à vida, e nenhum tipo de vida pode existir sem o cuidado. Sobre esse assunto, Rodrigues et al. (2006) enfatizam ser justamente no pós-parto que as mulheres recebem mais ajuda de familiares. Nessa abordagem, o domicílio torna-se um importante cenário para extensão do cuidado, tanto pelos familiares quanto pelos profissionais de saúde por meio das visitas domiciliares.

Acrescenta Serapioni (2005) que a família tem papéis socialmente atribuídos a ela, como a provisão de cuidado informal para seus componentes. Assim sendo, acredita-se que a interação das participantes do estudo em apreço com os membros da família leva a considerar o cuidado como algo importante para a sua recuperação. Além disso, o fato de receber ajuda de outrem fazem sentir segurança na realização dos cuidados com o bebê e consigo mesmas, visto que cuidar do recém-nascido, sobretudo quando se trata do primeiro filho, exige desempenho do cuidado, tenha ou não experiência.

Durante o puerpério, a mulher encontra-se mais sensível e insegura, no entanto, essas sensações podem ser minimizadas com a presença e ajuda dos familiares e principalmente do companheiro, como se pode constatar na fala de Opala. Por outro lado, a ausência do apoio emocional paterno tende a desencadear na puérpera sentimentos de profunda tristeza.

Meu marido tá cuidando de mim. No primeiro dia, que eu não podia tomar banho, essas coisas, ele dava banho em mim, colocava a nenê para mamar, isso tudo.
(OPALA)

Tô sentido muita tristeza porque não tô tendo o apoio do pai como eu sonhava. Ele visita a criança, não deixa faltar nada, mas falta o principal que é a presença dele aqui. (JADE)

Já é constatado que, durante o ciclo gravídico-puerperal, o homem assume importante papel junto à sua companheira nesta nova fase da vida de ambos, adquirindo outras responsabilidades para com o filho e no apoio à puérpera, e ao mesmo tempo lhe proporciona conforto e segurança. A importância da sua participação se dá não só nas atividades domésticas do dia a dia, mas também no desenvolvimento psicológico do bebê. (TARNOWSKI; PRÓSPERO; ELSÉN, 2005; OLIVEIRA, 2007)

Stefanello (2005) afirma que o puerpério é considerado um momento delicado, porém riquíssimo em aprendizagens. Pais e filhos exercem a capacidade de se reconhecerem como família. Por outro lado, a mulher deve estar emocionalmente preparada para cuidar e interagir com o bebê, sentir-se fortalecida a fim de desempenhar seu novo papel. Nessa

ocasião o companheiro apresenta-se como o suporte emocional que ela precisa. Assim sendo, é de fundamental importância o apoio do homem, diante de novas sensações e sentimentos advindos das mudanças físicas e psíquicas ocorridas no período puerperal.

No entanto, em algumas situações isso não é possível, conforme se constatou no depoimento de Jade. Neste caso, os profissionais de saúde devem estar atentos para observar a situação vivenciada pela mulher e oferecer o suporte emocional necessário, com vistas a prevenir a depressão puerperal e proporcionar o bem-estar da mesma em todos os aspectos.

Dessa forma, na fala das entrevistadas percebe-se o reconhecimento da colaboração do companheiro durante o puerpério, embora em contextos e situações diferentes. Todavia, ao experienciar esse período, o homem nem sempre se comporta de maneira colaborativa:

O pai passa a noite dormindo, nem se mexe, aí só sobra para mim. (TOPÁZIO)

A ausência do apoio paterno tende a deixar também a puérpera revoltada, por ter a sensação de assumir a responsabilidade relativa ao recém-nascido praticamente sozinha, como foi expresso e observado durante a entrevista. Essa realidade leva a considerar que a atitude do companheiro durante o puerpério guarda relação com questões sociais e culturais, que consideram a mãe como única responsável pelos cuidados com o filho. Junta-se a isso o entendimento e o significado que os homens atribuem ao pós-parto, vivenciando diferentes situações junto à companheira, familiares e contexto social.

Nesse sentido, Maldonado (2000) ressalta que há homens participantes, enquanto que outros se sentem alheios ao filho. Porém, estudos de Brito (2010) apontam que o homem vem mudando suas atitudes no contexto grávido-puerperal, com desempenho de atividades domésticas e cuidados com os filhos. Portanto, é fundamental que as puérperas mantenham uma boa relação com o parceiro e familiares e recebam o apoio necessário para manter o equilíbrio intra e interpessoal, visto que a presença de uma nova pessoa no âmbito familiar gera impactos positivos ou negativos em cada um de seus membros, alterando em alguma medida a relação entre eles. (AFONSO, 2004).

Por outro lado, fazendo referência ao apoio familiar, algumas depoentes afirmaram que essa dedicação chega a incomodá-las, pelo fato de ficarem como expectadoras dos cuidados desenvolvidos junto ao filho e nas atividades domésticas. Assim sendo, não possuem autonomia sobre a própria vida, conforme demonstrou o depoimento de Cristal.

Tô gostando do meu resguardo, mas ao mesmo tempo não to, porque não deixam eu fazer as coisas, não posso fazer as coisas (mãe e vó não deixam). Ao mesmo tempo, tô gostando porque estou com minha filha, é um momento bonito porque estou com ela. (CRISTAL)

Assim, apesar da presença da família ser marcante no puerpério e reconhecida como necessária, ao mesmo tempo pode gerar situações conflitantes. Acredita-se que essa realidade se atrela ao fato da mulher sentir invasão de sua privacidade como dona de casa e mãe, mesmo reconhecendo que o nascimento do filho traz consigo mudanças no convívio domiciliar. Isso revela a necessidade de entendimento dos familiares de que as atividades domésticas que não exigem excesso de esforço físico e os cuidados com o recém-nascido podem ser realizados pelas puérperas em situação de normalidade.

A análise dos dados pertencentes a essa subcategoria permitiu compreender os significados das ações do cuidador informal ou familiar para a mulher que vivencia o puerpério. Assim sendo, o significado do cuidado na fase puerperal é oriundo da experiência e dos conhecimentos de outras mulheres da família que já vivenciaram essa realidade e encontraram, nesse núcleo, o referencial de apoio no pós-parto.

Nessa abordagem, considera-se que as diferentes formas de cuidado nesse período estão intimamente ligadas às influências familiares que são repassadas de geração em geração e se fazem importantes na construção do ser mãe, independente do contexto social no qual a puérpera se encontra. De acordo com Machado (2001), o aprendizado acerca dos cuidados está estreitamente ligado com a transmissão da experiência já vivida, fazendo com que as filhas apoiem-se nos exemplos e ensinamentos de suas mães, repetindo a vivência destas como modelo a ser seguido.

Vale ressaltar que foi possível observar durante as entrevistas que os familiares se reportam às puérperas como um ser vulnerável a patologias, logo, que necessita de cuidado voltado à prevenção. Devido a esse entendimento, sentem-se impulsionados a fazerem algo em prol da mesma. Essa percepção aproxima as pessoas que guardam algum vínculo afetivo com a puérpera e tentam diminuir ou eliminar os riscos de complicações durante esse período. Enfim, a família executa ações que passam a ser compreendidas pelas puérperas como atos que visam diminuir o aparecimento de agravos.

De acordo com Bonilla (2002), a puérpera, ao reintegrar-se ao ambiente doméstico, encontra-se vulnerável tanto física como psicologicamente, em virtude das modificações biológicas, psicológicas e sociais impostas pelo momento vivenciado. Em função disso,

necessita dos cuidados de familiares e também da participação imperativa dos profissionais da área da saúde, de modo a proporcionar uma assistência de qualidade em prol do seu bem-estar.

4.2.3.2 Cuidados prestados pela equipe de saúde

A maioria das mulheres entrevistadas atestou não ter realizado as consultas após o nascimento do filho, conforme preconiza o Ministério da Saúde, e apontaram como motivo dessa ausência a deficiência de informações sobre o assunto. Apesar disso, algumas participantes do estudo fizeram referências à equipe de saúde como fonte de conhecimento e informação, porém consideraram a atuação dos profissionais limitada às UBSs e de forma não contínua, conforme demonstram as falas a seguir:

Sei que é importante porque vai tirar várias dúvidas, [...]. Eu tirei várias dúvidas em relação aos meus pontos, que eu quebrei três. Se eu não tivesse ido, esses pontos teriam infeccionado, piorado, e eu não teria ficado boa tão rápido. Eu gostei de tudo do atendimento, foi ótimo, não tenho do que reclamar. Eu conversava com todo mundo. Até as coisas de casa eu perguntava pra ela. (enfermeira). (DIAMANTE)

Acho que nessa revisão deveria dar assistência à mulher depois do parto, vir em casa, saber se a mulher está indo ao posto com o bebê, se está fazendo as coisas direitinho com a criança, dar toda a assistência. Não gostei do meu resguardo, o médico não conversava e eu me sentia insegura. (SAFIRA)

Verifica-se que os significados construídos por Diamante sobre a prática da revisão pós-parto contribuíram para que ela realizasse a consulta puerperal. Isso mostra que não é preciso vivenciar essa prática, mas é necessário interagir e reconhecer a importância para se efetivar a revisão pós parto. O significado da consulta puerperal foi construído a partir da interação da mulher com seus familiares, vizinhos, amigos e profissionais de saúde, demonstrando que não só os aspectos culturais permeiam a prática da revisão pós-parto, mas principalmente as orientações recebidas durante essa fase. Desse modo, os profissionais de saúde assumem papel relevante quando buscam atender as expectativas da clientela com atenção, informação e acolhimento. (MOURA et al., 2010).

Assim, os profissionais de saúde precisam desvincular-se dos procedimentos tradicionais cristalizados, para adotar uma fórmula de interação contextualizada e afinada com crenças e valores das mulheres e familiares. (BENIGNA et al., 2004). Assim, estarão oferecendo à mulher uma assistência humanizada em toda a rede de atenção à saúde do SUS, principalmente na ESF, uma vez que propõe uma assistência voltada para o vínculo entre a família e o serviço de saúde. Diante disso, a puérpera encontrará um ambiente acolhedor e solidário, bem como técnicas humanizadas de atendimento. (BRASIL, 2004).

No âmbito dessa abordagem, Merighi; Gonçalves e Rodrigues (2006) consideram que o estabelecimento de relações efetivas entre profissional e cliente pode determinar vínculos, proporcionar um atendimento humanizado à mulher, além de permitir um importante canal de comunicação. Isso tende a contribuir, substancialmente, para a resolução de dúvidas, e pode minimizar o sentimento de insegurança, angústia e anseios vivenciados pela mulher nessa fase. Nessa conjuntura, o domicílio apresenta-se como importante cenário para extensão dos princípios da humanização e do cuidado, visto que as puérperas, na maioria das vezes, não conhecem seus direitos e não se sentem preparadas e seguras para o desempenho de seu novo papel.

As visitas domiciliares podem aumentar a segurança e a autoconfiança da mãe ao enfrentarem o puerpério (RODRIGUES, et al., 2006). De modo geral, as palavras das entrevistadas levam ao entendimento de que a visita domiciliar, como forma de acompanhar a mulher durante essa fase, é de grande valia, pois uma das depoentes enfatiza “*dar toda assistência*”, o que pode ser traduzido como a realização de exame físico, obstétrico e orientações.

Devia receber visita da equipe de saúde em casa, [...] porque nem sempre quem pare vai ao posto, porque se desliga, acha que porque terminou as consultas do pré-natal não precisa mais ir ao posto, como se não tivesse mais obrigação. (RUBI)

Assim sendo, faz-se necessário que a equipe de saúde esteja atenta ao período puerperal, pois as necessidades existentes nessa fase vão desde o controle da involução das modificações gravídicas ao início da contracepção. Ainda nesse momento, reafirma-se o sentido da maternidade através de orientações sobre aleitamento materno e os cuidados com o bebê. Visto isso, por ocasião da alta hospitalar, o Ministério da Saúde preconiza que, entre as ações programáticas, seja feita a referência da puérpera à UBS para a assistência ao binômio mãe-filho na primeira semana após o parto e uma consulta puerperal com 42 dias(.) (BRASIL,

2005). Entretanto, essas ações ainda são incipientes na realidade das UBSs, visto que a prioridade ainda é dada ao recém-nascido, em detrimento da mãe.

Embora não seja o objetivo do estudo apresentar dados numéricos, julga-se importante ressaltar que menos de 50% das entrevistadas realizaram a revisão puerperal. Os depoimentos evidenciaram que o atendimento pós-parto de rotina resumiu-se na maioria dos casos a uma consulta, contrariando o que preconiza o Ministério da Saúde.

[...] não falaram que eu tinha que fazer isso. (AMETISTA)

[...] eu não fiz porque não sabia que aqui fazia. Ninguém me avisou. Me disseram que eu tinha que ir no posto fazer o teste do pezinho depois de 5 dias e vacinar o bebê com um mês [...] em mim não foi feito nem um exame. Fiquei despreocupada, porque pensei que não me chamaram porque estava tudo bem comigo, não tava sentindo nada. (ESMERALDA)

De acordo com as depoentes, observou-se uma deficiência de orientações no serviço de saúde, tanto no contexto ambulatorial quanto no hospitalar, fazendo persistir as dúvidas e inseguranças das mulheres sobre vários aspectos. Assim, a ausência de uma prática extensiva do cuidado hospitalar para o domicílio tem ocasionado insegurança frente ao papel materno.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que na alta hospitalar a puérpera seja informada sobre sinais de alerta para complicações puerperais e receba as orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, cuidados com o bebê, e sobre a importância da consulta puerperal. Além disso, deve ser referenciada para a UBS mais próxima de sua residência. (BRASIL, 2006). Porém, ao se tratar da equipe de saúde, observa-se menor vigilância voltada à puérpera seja no âmbito hospitalar, seja no contexto da UBS, bem como no domicílio, onde as atenções se voltam quase que exclusivamente para a criança.

No entanto, as entrevistadas que realizaram a revisão pós-parto afirmaram que esse atendimento foi efetivado em virtude das orientações recebidas nas visitas domiciliares.

Recebi toda assistência da equipe de saúde, principalmente da enfermeira que me visitou, me examinou, cuidou de mim. (ÁGATA)

Quando eu cheguei da maternidade, recebi a visita da enfermeira e da agente de saúde. Elas me informaram das duas revisões de parto que eu tinha que fazer durante o resguardo. Fiz tudo direitinho como elas mandaram. Foi muito bom, porque tive a certeza que tava tudo bem comigo e com o meu bebê. (TOPAZIO)

Assim, a verbalização dessa depoente mostra a importância do vínculo entre profissional e cliente, no sentido de provocar as mudanças desejadas referentes aos cuidados necessários à saúde da puérpera, a exemplo da revisão pós-parto. De acordo com Stefanelli (1998), o atendimento de quase todas as necessidades humanas básicas da mulher durante o puerpério depende, em várias circunstâncias, do processo de comunicação que ocorre entre ela e o profissional de saúde, o qual deve estar inserido ou pelo menos ter conhecimento do cotidiano da mulher, respeitando seus próprios conceitos, valores e hábitos. Desse modo, será capaz de identificar os símbolos que fazem parte da construção dos significados que ela atribui a essa fase. Assim, o retorno às UBSs para consulta pós-parto depende do sentido dado pela mulher às ações contempladas nesse período.

Os significados que representam positividade e benefícios para a puérpera devem ser reforçados, enquanto que aqueles simbolicamente considerados de pouca importância podem ser modificados, muitas vezes por ações desempenhadas pelo profissional de saúde, sobretudo pelo enfermeiro. Isso resulta em novas interações, entendimentos ou solução de questões prioritárias para a mulher. Dessa forma, pode-se dizer que a presença de um profissional ao lado da puérpera possibilita a compreensão de elementos que normalmente passariam despercebidos em uma consulta rápida, ou a um profissional que só observe aspectos biológicos.

O paradigma da promoção à saúde contempla, entre seus princípios: a integralidade do cuidado e a prevenção de agravos, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como peça fundamental de planejamento e avaliação dos serviços(.) (AYRES, 2004). No entanto, conforme Parada (2008), o cuidado voltado para a mulher no período gravídico-puerperal é preso às rotinas e resistente à humanização. As mulheres geralmente são tratadas como coadjuvantes, em um processo assistencial pontual, quando deveriam ser reconhecidas como sujeitos, tendo suas escolhas respeitadas, permitindo a sua segurança e bem-estar, assim como do recém-nascido.

A visão predominantemente biologicista, na opinião de Nakano (2007), ainda marcante na equipe de saúde, tem dificultado a compreensão dos processos vivenciados pelas mulheres em sua integralidade. Assim, na atenção prestada à mulher no período puerperal, deve-se considerar a singularidade da sua vivência nessa fase. Convém lembrar que as mulheres esforçam-se para buscar o ajustamento nesse novo papel, e que toda vulnerabilidade torna-as mais acessíveis para receberem ajuda.

Visto isso, se faz necessário que os profissionais de saúde adotem um comportamento empático e sejam capazes de compreender todas as questões que permeiam cada momento da cliente, a fim de transmitir orientações e conhecimentos capazes de proporcionar o empoderamento necessário nas decisões e escolhas que permeiam o período grávido-puerperal.

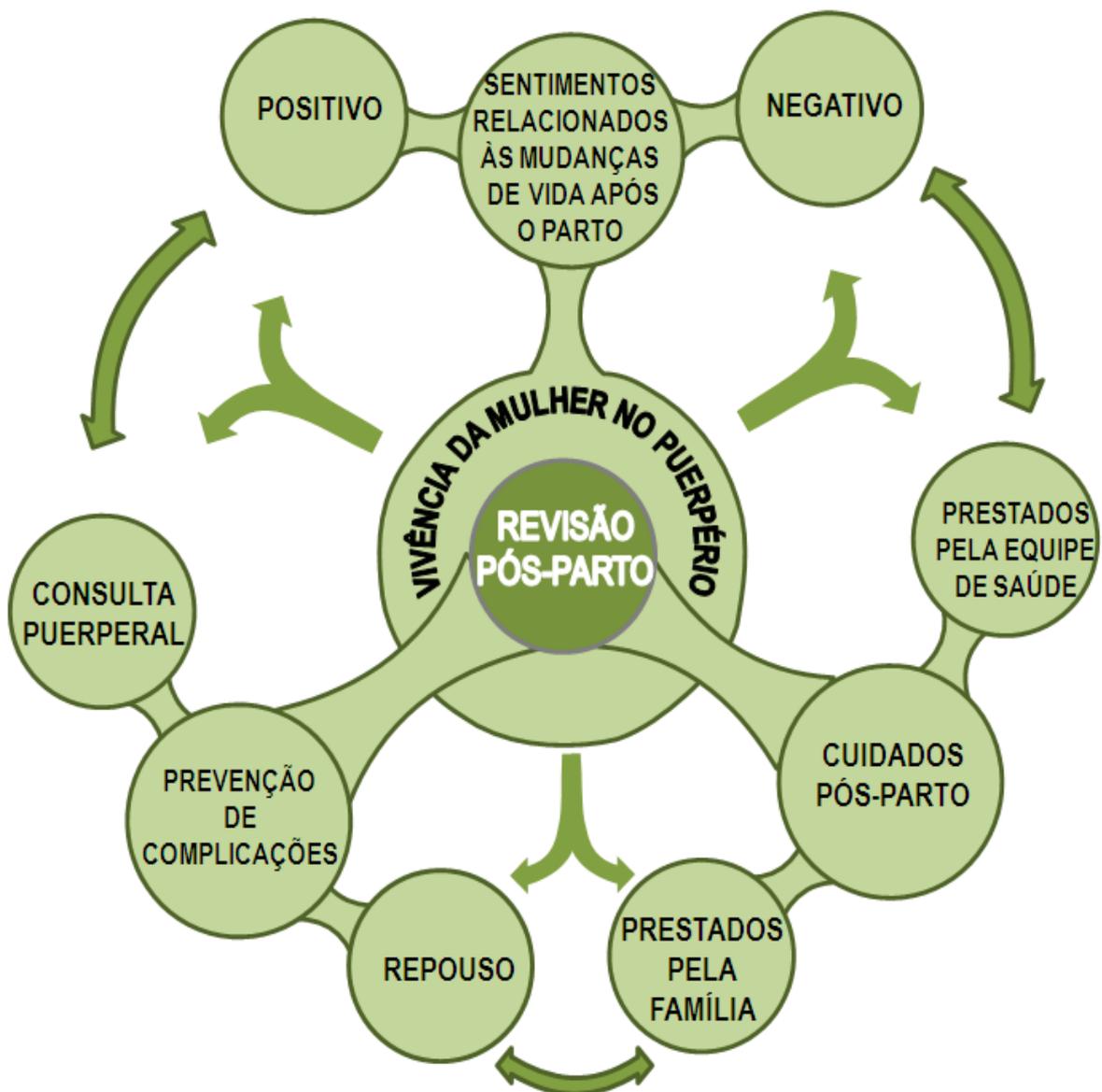


Figura 2 - Categorias Temáticas

Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou respostas fundamentadas em uma metodologia que possibilitou conhecer a vivência de mulheres no puerpério, com ênfase no significado atribuído por elas acerca da revisão pós-parto. Permitiu desenvolver uma atitude crítica a respeito da assistência no puerpério, com viabilidade de reverter em ações os conhecimentos aprendidos.

Mediante os resultados, se observou que o puerpério é um momento biológico permeado por questões históricas, sociais e culturais. As crenças e os tabus influenciam a sua prática, interferindo na construção de uma herança sociocultural e determinando diferentes significados para essa fase. Logo, as experiências prévias das mulheres, principalmente a interação com as pessoas do seu convívio habitual e as orientações recebidas dos profissionais de saúde, foram decisivas para considerar ou não a consulta puerperal significativa.

Frente a tantas vulnerabilidades vividas, a mulher necessita de ajuda dos profissionais de saúde, bem como dos familiares. A assistência deve considerar os aspectos biológicos, físicos e emocionais, no intuito de ajudar a puérpera a vivenciar essa nova fase de forma positiva. No entanto, os cuidados prestados são revestidos por mitos, crenças e tabus que, se não forem discutidos e refletidos, tendem a interferir de forma negativa. Visto isso, a família precisa participar do processo vivenciado pela mulher, a fim de torná-la mais segura, confiante e estimulada a participar da revisão pós-parto. Para isso, se faz necessário que os profissionais de saúde, no desempenho de suas funções junto à puérpera e família, considerem cada membro como parceiro, uma vez que o contexto social da puérpera exerce influências e constitui o esteio para o processo da interação.

As falas das puérperas sujeitos desse estudo levam à concepção de que o puerpério é um período complexo e subjetivo, repleto de emoções advindas de suas interações com a realidade, ou seja, o que ouviam das mães, dos parentes, dos meios de comunicação, entre outros. Dessa forma, atribuíram ao pós-parto o significado de um fenômeno dinâmico e progressivo, de um momento de repouso e também de aprendizagem decorrente das mudanças e relações com o contexto vivenciado.

Assim sendo, o puerpério não diz respeito a apenas a um fator. A mulher o considera um processo natural, mas expressa o medo do aparecimento de complicações possíveis de surgir nessa fase. Diante disso, associaram a prevenção de complicações ao repouso e à consulta puerperal. Percebeu-se que as mesmas cumpriram rigorosamente o repouso por imposição, muitas vezes, dos familiares, porém isso não aconteceu com a revisão pós-parto.

Retomando ao pressuposto do estudo, pode-se dizer que a revisão pós-parto significou para as entrevistadas um meio de detectar anormalidades e adquirir conhecimentos sobre aspectos inerentes ao puerpério. Porém, embora tenham demonstrado reconhecer a importância dessa assistência, poucas se submeteram a esse procedimento. Constatou-se que esse fato foi decorrente da insuficiência de orientações quanto à necessidade do acompanhamento pós-parto, bem como da deficiência de um sistema de contrarreferência da rede hospitalar para as UBSs que favoreça uma linha de cuidado e assegure à mulher o acesso a esse atendimento.

Visto isso, faz-se necessário desconstruir os significados que desestimulam as mulheres a realizar a consulta pós-parto. Torna-se importante abordar, discutir e refletir, juntamente com a sociedade, especialmente com as mulheres e seus familiares, as questões culturais que permeiam essa prática. Para isso, é necessário proporcionar espaços em que as pessoas envolvidas com o cuidado se reúnam e discutam assuntos tão importantes do seu cotidiano. Vale ressaltar que o atendimento domiciliar à mãe e ao filho abre um campo inesgotável de possibilidades de atuação e realização profissional. Assim sendo, a aplicação do conhecimento científico da equipe de saúde em conjunto com a experiência da puérpera e familiares propicia uma amplitude de cuidados permitindo uma atuação integral.

Assim, a atenção à mulher deve ser pautada em uma relação humanizada, fomentada pela escuta ativa e sensível, bem como pelo estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde, familiares e puérperas. Nessa abordagem, o trabalho do enfermeiro, nessa área, é perfeitamente possível de ser realizado e traz para essa categoria o reconhecimento de um profissional, com base científica, validado em seus referenciais teórico metodológico, mas, sobretudo, no potencial de uma profissão que abre caminhos para alcançar metas cada vez mais ousadas e sólidas. Nesse sentido, o enfermeiro obstetra está em uma posição privilegiada, no que se refere ao atendimento à mulher que vivencia o período puerperal.

A ampliação do olhar dos profissionais de saúde sobre o puerpério, tanto pelo conhecimento, como pela compreensão das interações entre os indivíduos que compõem essa fase, seguramente contribuirá para o planejamento das ações de saúde local. Para isso, é preciso conhecer todo o contexto que perpassa a atenção pós-parto, bem como identificar as expectativas e necessidades reais das mulheres nesse período, direcionando-as para o autocuidado.

Portanto, é preciso repensar iniciativas para preencher a lacuna existente em relação à assistência integral à mulher no pós-parto, pois, além de expor a mulher a complicações e óbitos, esse momento representa um período difícil e novo na vida da puérpera, que anseia por

um suporte profissional capaz de atender as suas expectativas, dúvidas, e lhe transfira o cuidado voltado para autoconfiança e o empoderamento indispensável ao desempenho materno.

Nessa abordagem, percebe-se que mudanças são necessárias nas práticas de saúde no que tange à proteção, promoção e apoio à mulher durante o puerpério. Nesse sentido, pretende-se, com o estudo desenvolvido, contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo enfermeiro e ampliar a compreensão a respeito da potencialidade da sua prática profissional na atenção primária em saúde e em especial no âmbito materno-infantil.

No ensino, este estudo poderá oferecer subsídios a serem discutidos na formação dos futuros profissionais de enfermagem, na perspectiva de oferecer uma prática de cuidado integral de modo a permitir, o mais precocemente possível, o sentimento de conscientização, responsabilidade, relevância e valor que os profissionais devem ter quanto às necessidades e saberes da comunidade, permitindo o exercício de sua autonomia e cidadania. Assim, podem-se criar ações de saúde que possibilitem orientar as mulheres sobre seus direitos e satisfazê-las em suas necessidades.

Além disso, poderá servir de subsídio para a consolidação de políticas públicas já implantadas, visto que aborda uma visão ampliada sobre o assunto, incluindo todos os envolvidos com a mulher nessa fase. Por conseguinte, acredita-se que contribuirá para o fortalecimento das diretrizes do SUS que contemplam, entre outros princípios, o acesso universal e equitativo a serviços de saúde de qualidade.

A realização desta pesquisa foi relevante à medida que aspectos considerados como obstáculos e desafios para a operacionalização da revisão pós-parto foram revelados. Partindo-se desse entendimento, haverá um caminhar no sentido da consolidação dessa assistência, considerando a gestante, parturiente e puérpera como protagonistas do processo decisório do cuidado. Espera-se também alertar os profissionais de saúde que compõem a ESF, sobre a importância da revisão pós-parto na prevenção da mortalidade materna, em particular o enfermeiro, por estar mais próximo da mulher no período grávido-puerperal.

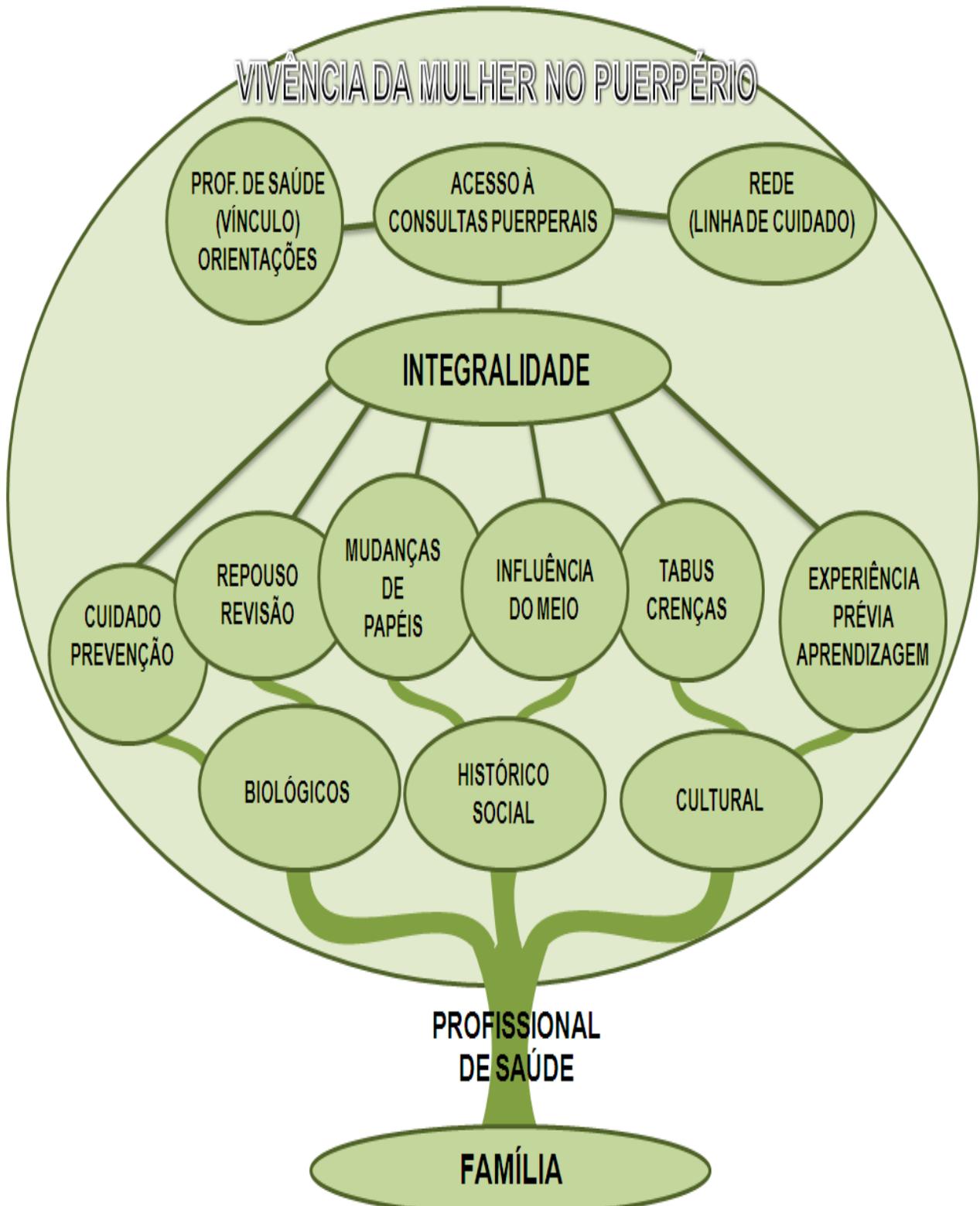


Figura 3 - Vivência da mulher no puerpério

Referências

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. de. **Curva da involução uterina n o puerpério normal por ultrasonografia.** 2002. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde coletiva e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/FIOCRUZ, 2006. p.783-835.
- AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.
- AFONSO, Esmeralda. **O pós-parto: dificuldades vividas pela mulher e apoio encontrado** [dissertação de mestrado] 2004.
- AZEVEDO, I. B. **O prazer da produção científica** : descubra como é fácil e agradável elaborar trabalhos acadêmicos. 12. ed. São Paulo: Hagnos, 2001.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **A Síndrome do Pequeno Poder.** São Paulo: Iglu, 1989.
- BACCI, L. C.; et al. Infecção puerperal – aspectos clínicos e terapêuticos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 11, nov./dez. 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2000. 225p.
- BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G.; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa de Saúde da família (PSF): com a palavra os enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, v. 9, n. 2, p. 23-31. 2004.
- BLUMMER, H. **Symbolic interactionism perspective and method** . Califórnia: Prentice-Hall, 1969.
- BONILLA, A. O. Cambios biológicos psicológicos y sociales durante el embarazo. **Rev. Fed. Odontol. Colomb.**, v. 201, p. 37-51. 2002.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196 de 10 de Outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 1996.

_____. Instituto Materno Infantil de Pernambuco. **Monitoramento da Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, DF, 2004. 71p.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília, DF, 2000.

_____. _____. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, MS (Secretaria Executiva). Séries Pactos pela Saúde, v. 1, 2006.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 163p.

_____. _____. _____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher** : princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004. 80p.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília, DF, 2000. 119p.

_____. _____. _____. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF. 2001. 199p.

_____. _____. _____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF. 2003.

_____. Portaria n. 569 de 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 112-4.

_____. Portaria n. 570 de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 de jun. 2000. Seção 1, p.114-6.

_____. Portaria n. 1067 de 04 de julho de 2005. Instituição da política nacional de atenção obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 de jul. 2005. Seção 1, p. 25-30.

BRITO, R. S. **A experiência do homem no processo da gravidez da mulher/companheira: uma abordagem interacionista**. 2001. Tese. Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

BRITO, R. S. (Org.). **Quatro fases do homem no contexto da reprodução**. Natal: Ed. Observatório RH NESC UFRN, 2006. 120 p. ISBN 978-85-89399-11-1. No prelo.

CASTELAIN-MEUNIER, C. **Fiquem ligados, papais!** os homens diante da mulher e dos filhos. São Paulo: Summus, 1993. p. 128. ISBN 8532304311.

CENTA, M. L.; OBERHOFER, P. R.; CHAMMAS, J. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. **Fam. Saúde Desenv**, v. 4, n. 1, p. 16-22, jan./jun. 2002.

CONASS (BRASIL). **SUS: avanços e desafios**. Brasília/DF, Conass, 2. ed. 2007.167p.

CONIL, E. M. **Atenção primária em saúde**. Brasília/DF, Conass, v. 8, coleção progestores, 2007.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

COSTA, M. C. G. **Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2001.

COSTA, R. H.; PORTO, G; WALTER, C. **A nova des -ordem mundial** . São Paulo: Ed. UNESP, 2006.

DE FELICE, E. M. **A psicodinâmica do puerpério**. São Paulo: Vetor, 2000.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 3, p. 615-26. 2005.

DODT, R. C. M.; et al. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 345-351, jul./set. 2010.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v.31 n.2,Ago. 1997.

FERNANDES, R. A. Q. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 2, p. 179-184, abr./jun. 2010.

FERREIRA, A.L; SCHRAMM, F.R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev Saude Publica**, v. 34, p.659-65. 2000.

FIGUEIREDO, M. C. S.; CANDIOTTI, S. M. C. O papel da enfermeira no ambulatório de assistência à puérpera. **Rev. bras. enferm.**, v. 46, n. 1, p. 68-71. 1993.

FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.8, n.53, p.31-3, 2000.

GARDENAL, C. L. C; PARREIRA, I.; ALMEIDA, J. M. P. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 478-484, jul./ago. 2002.

GIFFIN, K. 1994. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10,.146-155.

GROSSI, M. O significado da violência nas relações de gênero no Brasil. **Sexualide, Gênero e Saúde**. v.2, n.4, 1995.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 18-27. 2001.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. A., (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. .p.293-305.

HENTSCHEL, H.; BRIETZKE, E. Puerpério normal e amamentação. In: FREITAS, F. **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 303-311.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana** . Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LOPES, C.H.A.F., JORGE, M.S.B. Interacionismo Simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo. **Rev Esc Enferm USP** 2005; 39(1): 103-8.

MACHADO, A. R. M. **O lugar da mãe na prática da amamentação da sua filha nutriz: o estar junto**. 2001.144f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 15. ed. São Paulo (SP): Saraiva; 2000.

MARTINS, J. J.; et al. Ressignificando a humanização a partir do cuidado no processo de viver humano. **Rev. Enferm. UERJ**, v, 16, p. 276-81. 2008.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M.; **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MASSUNO, E. "Delegacia de Defesa da Mulher: uma resposta à violência de gênero". Em BLAY, Eva A. Igualdade de oportunidades para as mulheres. São Paulo: Humanitas, 2002.

MEAD, G. H. **Mind, self and society**: from the standpoint of a social behaviorist. Chicàgo: University of Chicago Press: 1972.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos. **CONASS (Documenta)** – Cadernos de Informações técnicas. Brasília, 06. 2004.

MERIGHI, M. A. B; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 6, p. 775-779. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.13, p.109-18, 2003.

MOURA, M. A. V. ;COSTA, G.R. M.; TEIXEIRA,C. S. **Momentos de verdade da assistência de enferma gem à puérpera: um enfoque na qualidade.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):429-34.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

NAVAJAS F.E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Org.). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.10-4.

NAKANO, A. M. S.; et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 15, p. 230-238. 2007.

NOMURA, R. M. Y.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev. Saúde Públ.**, v. 38, n. 1. 2004.

OEA. **Convenção interamericana para prevenir , punir e erradicar a violência contra a mulher**: Convenção de Belém do Pará. São Paulo, CLADEM/IPÊ, 1996.

OLIVEIRA, E. M. F. de. **Vivência do homem no puerpério**. 2007. 97f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem de Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, jan./mar. 2008.

PARKER, R. **A mãe dividida**: a experiência da ambivalência na maternidade. Rio de Janeiro (RJ): Record/Rosa dos Tempos, 1997.

PENNA, L.H.G.; PROGIANTI, J.M.; CORREA, L.M. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **R. Bras. Enfer** 1999; v,3,p.385-391.

PEREIRA, R.L.D. **Conhecimento de puérperas sobre sinais de trabalho de parto** : avaliação das orientações recebidas no pré-natal [monografia de especialização]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2002.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2006 dez; 10 (3): 448 - 55.

PEREIRA, C. R. R.; PICCININI, C. A. O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 24, n. 3, p. 385-395. 2007.

PITANGUY J.; HERINGER, R. **Diálogo regional da América Latina e Caribe sobre direitos reprodutivos e violência contra a mulher** : papéis e responsabilidade de homens jovens e adultos. Rio de Janeiro: Cidadania Estudo Pesquisa Informação e Ação; 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização; trad. Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.
PRADO, A. B.; PIOVANOTTI, M. R. A.; VIEIRA, M. L. Concepções de pais e mães sobre comportamento paterno real e ideal. **Psicol. estud.**, v. 12, n.1, p. 41-50. 2007.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental** . 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 689p.

ROCHA, P. M. A saúde no Brasil contemporâneo: dimensões da crise. In: CASTRO, J. L.; FORMIGA, J. M. M.; VILAR, R. L. A. (Orgs.). **Política e Gestão em Saúde** – reflexos e estudos. Natal/RN: Ed. Observatório RH/NESC, UFRN, p. 69-93. 2006.

RODRIGUES, D. P.; et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto contexto-enferm.**, v. 15, n. 2, p. 277-286. 2006.

ROCHEFORT, C. O mito da frigidez feminina. In: **Liberção da Mulher: Ano Zero** (E. Duran, org.), pp. 45-60, Belo Horizonte: Interlivros, 1978

SCHRAIBER, L.B.; OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA, J. I.; DINIZ, C.S.G.; COUTO, M.T.; VALENÇA, O. **Violência contra a mulher e saúde no Brasil**: estudo países da Organização Mundial da Saúde sobre saúde da mulher e violência doméstica. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP/ Organização Mundial da Saúde; 2002.

SALES, A. N.; et al. Mastite Puerperal: Estudo de Fatores Predisponentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 22, n. 10, nov./dez. 2000.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 4, p. 243-253. 2005.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. D. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out., 2004.

SONEGO, J. **Estudo sobre a busca de apoio social por mulheres primíparas na fase puerperal**. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2004.

SOUZA, A. I.; MALAQUIAS, B. F.; FERREIRA, L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 24, n. 1, p. 29-36, mar. 2002.

SOUZA, E. L. B. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia** – Aspecto de Ginecologia e Neonatologia. 3. ed. Belo Horizonte: Medsi. 2002. p. 215-239.

SOUZA, T. T. **Visita Domiciliária de Enfermagem**: uma estratégia para minimizar a ansiedade de puérperas primigestas. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2001.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério**: as mulheres construído-se como mães. 2005. 133f. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

STEFANELLI, M. C. Percepções e reações do pessoal da equipe de enfermagem de hospital geral às manifestações de distúrbio emocional de pacientes internados. **Cogitare Enferm.**, v. 3, n. 1, p. 97-104. 1998.

SWENSSON, F. R. C.; GREGÓRIO, R. P.; COSTA, C. T. B. da. Edema pulmonar em gestante no puerpério imediato. São Paulo **Med. J.** 2005; 123 30-30.

TARNOWSKI, K. S; PRÓSPERO, E. N. S; ELSSEN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto contexto-enferm.**, v. 14, p. 103-108. 2005.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1992.

UNESCO. **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo, 2002. 130p.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

ZEFERINO, M. T.; et al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, p. 345-350. 2008.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista individual semiestruturada com a puérpera

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

INICIAIS: _____

PSEUDÔNIMO: _____

IDADE

ESCOLARIDADE

ESTADO CIVIL

2.DADOS OBSTÉTRICOS

QUANTOS FILHOS VOCÊ TEM?

TEVE ABORTO E/OU NATIMORTO (NASCEU MORTO)?

ALGUM FILHO FALECEU APÓS NASCIMENTO? COM QUE IDADE? QUAL A CAUSA DO ÓBITO (MORTE)?

DATA DO ÚLTIMO PARTO: ____/____/____ IG: _____

LOCAL ONDE OCORREU O PARTO: _____

PESO DO RN AO NASCER: _____

VOCÊ FEZ PRÉ-NATAL NA ÚLTIMA GESTAÇÃO? () SIM () NÃO

SE SIM, QUANTAS CONSULTAS VOCÊ FEZ? _____

SE NÃO, POR QUE? _____

VOCÊ FEZ REVISÃO APÓS O PARTO? () SIM () NÃO

SE SIM, QUANTAS VEZES? _____

SE NÃO POR QUÊ? _____

3.QUESTÃO NORTEADORA:

FALE SOBRE O SEU RESGUARDO:

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **VIVÊNCIA DE MULHERES NO PUERPÉRIO: significado atribuído à revisão pós-parto**. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Essa pesquisa procura compreender as concepções da mulher acerca da consulta de revisão pós-parto realizada na unidade básica de saúde, pois pressupõe-se que a baixa frequência de mulheres a esse tipo de atendimento guarda relação com o significado que elas atribuem à revisão pós-parto. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam fornecer subsídios para a reorientação das ações assistenciais, de modo a contribuir para a consolidação efetiva da consulta puerperal, diminuindo as taxas de morbidade e mortalidade materna por causas evitáveis. Caso decida aceitar o convite, você será submetido a uma entrevista onde obteremos informações a respeito do seu entendimento em relação à revisão pós-parto. Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos; todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os benefícios de sua participação nesta pesquisa estão na contribuição para a qualidade na assistência prestada ao cliente, bem como para o crescimento do saber da enfermagem e para a organização do serviço, promovendo assim possibilidades de mudanças para melhorias do mesmo. Ressaltamos ainda que você poderá desistir a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízos ou penalidades. Caso você sofra algum dano ou tenha gastos em função da pesquisa, comprovados legalmente, você terá direito ao ressarcimento ou indenização. Esta pesquisa terá a coordenação da Dra. Rosineide Santana de Brito, professora do Departamento de Enfermagem da UFRN. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente ao pesquisador, no endereço Campos Universitário, Lagoa Nova, Departamento de Enfermagem. E-mail: flaviaandrea@bol.com.br ou pelo telefone (84) 32153888. Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, no endereço Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP: 59072-970, Natal/RN, ou pelo telefone (84) 3215-3135. Desde já, agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e, caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada “REVISÃO PÓS-PARTO: significado atribuído pela puérpera”.

Assinatura do Informante

Assinatura do Pesquisador

Lajes/RN, ____/____/2009 Rosineide Santana de Brito - Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, S/N Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59072-970 – Fone: (84) 3215-3888

APÊNDICE C – Solicitação de autorização para a pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Campus Universitário, S/N – Lagoa Nova, Natal/RN

CEP: 59072-970 Fone: 315 3196

Ilma. Senhora

Secretária Municipal de Saúde de Lajes/RN

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação em Enfermagem com a mestranda FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS, que está realizando uma pesquisa sobre **VIVÊNCIA DE MULHERES NO PUERPÉRIO: significado atribuído à revisão pós-parto.**

O estudo procura compreender as concepções da mulher acerca da consulta de revisão pós-parto realizada na unidade básica de saúde do Município de Lajes/RN.

Esperamos que os resultados desta pesquisa possam fornecer subsídios para a reorientação das ações assistenciais, de modo a contribuir para a consolidação efetiva da consulta puerperal, diminuindo as taxas de morbidade e mortalidade materna por causas evitáveis. Assim, solicitamos autorização para a referida mestranda realizar a coleta de dados nas unidades básicas de saúde sob sua gestão, bem como para a menção do nome da instituição no relatório final da pesquisa. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a compreensão e colaboração, agradecemos antecipadamente.

Natal, _____ de _____ de 2009

Rosineide Santana de Brito

Coordenadora da Pesquisa

APÊNDICE D – Autorização da instituição



Prefeitura de Lajes

Compromisso, Trabalho e Cidadania

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Pça Monsenhor Vicente de Paula, S/N – Lajes - RN

E-mail: smslajes@rn.gov.br

Ofício Nº 208/09 – SMS

Lajes/RN, 14 de Dezembro de 2009.

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO: REVISÃO PÓS-PARTO: significado atribuído pela puérpera

RESPONSÁVEL: Profª Dra Rosineide Santana de Brito (Orientadora da pesquisa)

MESTRANDA: FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS

Após a análise dos objetivos e da solicitação:

Autorizamos a coleta de dados na instituição

Quanto a divulgação:

Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico

Quanto ao relatório escrito:

Requeremos a apresentação dos resultados na instituição

Comentários: O município de Lajes sente-se privilegiado em poder participar desse trabalho. Estaremos à disposição para o apoio necessário.

Atenciosamente,


Ana Karina Lopes da Silva Araújo

Secretária Municipal de Saúde

Ana Karina L. S. Araújo

CPF: 634.892.874-87

Sec. Mun. de Saúde

PROF. DR. GILSON DE VASCONCELOS TORRES
 COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UFRN
 NATAL-RN

APÊNDICE E – Parecer do Comitê de Ética da UFRN



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 443/2009

Prot. nº	189/09 – CEP/UFRN
CAAE	0228.0.051.000-09
Projeto de Pesquisa	REVISÃO PÓS-PARTO: significado atribuído pela puérpera
Área de Conhecimento:	Ciências da Saúde - Grupo III
Pesquisador Responsável	Rosineide Santana de Brito
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN
Responsável pela Instituição	Akemi Iwata Monteiro (Chefe Depto.de Enfermagem)
Pesquisadores colaboradores	Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos (mestranda)
Instituição Sediadora	
Finalidade:	Dissertação de Mestrado
Período de realização	Início – fevereiro de 2010 Término – março de 2010
Revisão Ética	30 de dezembro de 2009

RELATO

1. RESUMO

O projeto é parte do trabalho de qualificação da mestranda Rosineide Santana de Brito. Tem como objetivo compreender a concepção da mulher acerca da consulta de revisão pós-parto. O estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde, localizada na cidade de Lajes, RN. Os pesquisadores indicam que há baixa frequência de mulheres que realizam a consulta de revisão do parto, sinalizando, possivelmente, uma relação de valor atribuído ao seguimento pós-parto.

2. COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES

É um estudo qualitativo, que tem como instrumento de trabalho um roteiro de entrevista preestabelecido, contendo perguntas abertas e fechadas. Serão analisadas variáveis sócio-demográficas e obstétricas, além de questões sobre o seguimento pós-parto. O projeto está adequadamente instruído e dentro das normas éticas para pesquisas envolvendo o ser humano, contempladas na Res. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, sendo anexada a documentação necessária para realização do estudo (cartas de anuências, Termo de consentimento Livre e Esclarecido, Currículo Vitae do pesquisador principal). O estudo poderá trazer contribuição importante sobre o problema em estudo.

3. PARECER

Isto posto o CEP/UFRN classifica o PROTOCOLO COMO APROVADO.

Gulre

PARECER 443/2009 CEP/UFRN

4. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);
3. Apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

Natal, 13 de Janeiro de 2010.


Dulce Almeida
Coordenadora CEP-UFRN